

Institutt for helse- og omsorgsfag
Det helsevitenskapelige fakultet

UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Autonomi blant sykehjemsbeboere

"I utgangspunktet så skal jo alle, mene jo æ da, få lov til å bestemme over sitt eget liv, så langt det lar seg gjøre"(Sykepleier Anna).

Parabaran Rajalingam

Mastergradsoppgave i Helsefag.
Studieretning helse - og omsorgstjenester til eldre. Mai 2014





(Privat billede).

”Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej”(Løgstrup2012; 25).

Forord

Det har vært mange og lærerike år som har bidratt til å øke min forståelse av helse - og omsorgstjenester til eldre. Ved å fordype meg i beboeres autonomi på sykehjem har jeg fått bedre forståelse av begrepet og dets anvendbarhet i klinisk hverdag. De fem sykepleiere som ble intervjuet i forbindelse med studien har bidratt til jeg har begynt å tenke i nye baner rundt beboers autonomi på sykehjem.

Det er mange som fortjener en takk. Jeg vil først og fremst takke min fru Rahini for støtte og oppmuntring gjennom tiden jeg har studert. Mine barn for tålmodigheten og mange gode klemmer når jeg kom sent hjem etter arbeidet med oppgaven. Stor takk til min mor som har oppmuntret og ”mast” på meg til å ta utdanning siden jeg var liten.

En spesiell takk går til de fem sykepleiere som sa seg villig til å delta i studien og med velvilje beskrev sine opplevelser og erfaringer om beboeres autonomi på sykehjem.

Min veileder Anne -Margrethe Støback fortjener også en stor takk for sin interesse for mitt tema. Hun har vist meg veien videre i prosessen når jeg stod fast og ikke visste hvordan jeg skulle fortsette i en verden som hittil har vært ukjent for meg. Jeg vil også takke Toril Agnete Larsen og Mari Skaalvik for innspill og kommentarer under studieperioden. Og mine kjære medstudenter fortjener også en stor takk for å ha bidratt til spennende diskusjoner og kommet med nyttige tips og kommentarer under hele studie forløpet.

Jeg vil også takke Karlsøy kommune for permisjon med lønn for at jeg kunne realisere min drøm. Kollegene mine fortjener også en stor takk for deres tålmodighet og oppmuntring slik at jeg kunne fortsette i arbeidet mitt.

Tusen takk til Marit Sørensen som har lest gjennom og gjort språkvask slik at oppgaven fikk en bedre språkvalitet enn ellers. Og kollega Jane som har bidratt til den engelske versjon av sammendraget kunne vises frem.

Og sist ikke minst Tusen takk til dere alle som har direkte eller indirekte har bidratt til at denne oppgaven ble til.

Hansnes

.....

Parabaran Rajalingam

Sammendrag:

Autonomi er et vanskelig begrep og ikke minst innen eldreomsorg på sykehjem.

Sykehjemsbeboere er gamle og hjelpetrengende personer som har mange forskjellige sykdommer og plager. Forskning om livskvalitet på sykehjem viser at det er viktig for beboere å bestemme i hverdagen i saker som angår dem selv. På sykehjem virker det mer naturlig å snakke om medbestemmelse isteden for selvbestemmelse. Studiens hensikt har vært å belyse fem sykepleieres opplevelser og erfaringer knyttet til beboeres autonomi på sykehjem.

Metode: For å finne svar på problemstillingen ble fem sykepleiere som jobber på to forskjellige sykehjem i en stor og en liten kommune intervjuet. Intervjuteksten ble analysert med inspirasjon fra Graneheim og Lundman. Kvalitativ innholds analyse ble brukt for å finne tema som belyste problemstillingen.

Funn: I studien kommer det frem fire temaer som er sentrale. Sykepleiere beskriver hva de opplever som fremmer eller hindrer beboerautonomi på sykehjem. De beskriver flere faktorer som er med på å fremme beboeres autonomi på sykehjem. Personsentrert omsorg, empowerment, svak paternalisme, løsningsorientert sykepleie er faktorer som trekkes fram som fremmer beboers autonomi på sykehjem.

Sykepleierne opplever at demenssykdom og kognitiv svikt, mangel på personalressurser, sterk paternalisme og oppgave orientert tilnærming er faktorer som kan være til hinder for beboeres autonomi på sykehjem.

Sykepleiere opplever at hvilken grad beboer selve kan bestemme på sykehjem ser ut til å være avhengig av konteksten. Avdelingens størrelse, størrelsen på kommunen, organisering av tjenesten og lignende har en vesentlig rolle opp i dette.

Sykepleiere kommer med eksempler fra hverdagen der de til tross for negative faktorer prøver etter beste evne å ivareta beboers autonomi i hverdagen. Sykepleierne beskriver at sykehjemsbeboere må bestemme i den grad det er mulig på sykehjem og opplever at de har et omsorgsansvar overfor den syke, gamle personen som har flyttet inn på sykehjem. Deres erfaring er at beboere på sykehjem er svake og svært hjelpetrengende.

Søkeord: Autonomi, Sykehjem, Sykehjemsbeboer, Personsentrert omsorg, Empowerment, Eldre.

Summary:

Autonomy is a difficult concept, not least in relation to the care of elderly persons in nursing homes. Nursing home residents are old and dependent people, with a wide variety of illnesses and problems. Research into quality of life in nursing homes shows that it is important for residents to make decisions in their own daily lives. In nursing homes it seems natural to use the term participation rather than self-determination. The purpose of this study has been to investigate the experiences of five nurses in relation to autonomy of nursing home residents.

Method: Five nurses were interviewed. The nurses worked in two separate nursing homes in a large and a small municipality. The analysis of the interview text was inspired by Graneheim and Lundman. Qualitative content analysis was used to find topics that were relevant to the investigation.

Findings: Four central topics emerge in the study. Nurses describe what they perceive as promoting or preventing autonomy of nursing home residents. They describe several factors that promote the autonomy of nursing home residents. Person centred care, empowerment, weak paternalism, and solution centred nursing are factors that are highlighted as promoting residents' autonomy in nursing homes.

Dementia and cognitive impairment, low staffing levels, strong paternalism, and task oriented care are perceived by the nurses as being factors that can restrict nursing home residents' autonomy.

The nurses experience that the degree to which the resident can decide in the nursing home seems to be dependent on the context. The unit's size, the size of the municipality, the organisation of the service and similar factors play an important role.

The nurses give examples from their working lives where, in spite of negative factors, they attempt to support residents' autonomy in daily life. The nurses state that nursing home residents must be able to decide to the degree that is possible in the nursing home. They feel that they have a responsibility of care for the old and infirm person who has moved into a nursing home. Their experience is that nursing home residents are weak and very dependent on help.

Search words: Autonomy, Nursing home, Nursing home resident, Person centred care, Empowerment, Elderly.

Innholdsliste

Innholdsliste	7
1.0 Innledning	9
1.1 Hensikten med oppgaven:.....	9
1.2 Presentasjon av tema:.....	9
1.3 Presentasjon av problemstilling:	12
1.4 Begrepsavklaring:.....	13
1.5 Oppgavens oppbygging	14
2.0 Tidligere forskning og Teori:.....	15
2.1 Litteratur søk:	15
2.2 Aktuelle funn av teori og tidligere forskning:	15
2.3 Autonomi:	18
Den etiske fordring og autonomi	21
2.4 Omsorg og faglige skjønnnet i sykepleien:.....	21
2.5 Paternalisme:.....	23
Svak paternalisme.....	23
2.6 Kontekst og beboers autonomi:.....	24
2.7 Empowerment til sykehjemsbeboere.	24
2.8 Sykehjem som institusjon	26
2.9 Personer med demens:.....	28
2.10 Hjem og hjemlighet	28
2.11 Personsentrert omsorg	30
3.0 Metode	33
3.1 Kvalitativ metode.....	33
3.2 Kvalitative forskningsintervju:	33
3.3 Vitenskapsteoretisk ståsted:.....	35
3.4 Forforståelsen:.....	36
3.5 Hvor har jeg hentet empirien fra?	37
3.6 Presentasjon av utvalg:	38
3.7 Etiske aspekter ved studien:	38
3.8 Intervju prosessen:	39
3.9 Transkribering av intervju:	40
3.10 Analyse av Empirisk materialet:.....	41

Noen tanker rundt empiri, analyse og drøfting	45
4.0 Presentasjon av funn og diskusjon:.....	47
4.1 Faktorer som fremmer beboers autonomi:	48
4.1.1 Personsentrert omsorg.....	49
4.1.2 Empowerment.....	54
4.1.3 Svakpaternalisme:	59
4.1.4 Løsningsorientert sykepleie.....	59
4.2 Faktorer som hemmer beboers autonomi:	60
4.2.1 Demenssykdom og kognitiv svikt.	61
4.2.2 Manglende personalressurser.....	63
4.2.3 Oppgaveorientert tilnærming.....	65
4.2.4 Uheldig Paternalisme.	67
4.3 Graden av beboers autonomi er avhengig av konteksten.....	68
4.4 Det handler om omsorg.	72
5.0 Noen avsluttende ord:	75
Litteraturliste:	77
Vedlegg1	87
Vedlegg 2	89
Vedlegg 3	91
Vedlegg 4	93
Vedlegg 5	95

Autonomi blant sykehjemsbeboere.

1.0 Innledning

1.1 Hensikten med oppgaven:

Hensikten med oppgaven er å finne ut den enkelte sykepleier sin opplevelse og erfaring med beboere sin autonomi i hverdagen på sykehjem. Jeg ønsker å videreformidle fem sykepleiere sine erfaringer og opplevelse slik at jeg kan bidra til kunnskaps økning blant helsepersonell i dette feltet. Økt kunnskap hos helse personell kan bidra til økt selvbestemmelse og livskvalitet for beboere på sykehjem. Økt fokus på dette kan bidra til endringer i praksis og kan gi sykehjemsbeboere økt valgmulighet og verdighet i alderdommen.

1.2 Presentasjon av tema:

Temaet som jeg har valgt å skrive master oppgave om er «Autonomi hos sykehjemsbeboere». Jeg er opptatt av autonomi hos sykehjemsbeboere vil finne mer ut om hvordan dette fungerer i hverdagen for dem. Sykepleiere er viktige støttespillere for sykehjemsbeboere fordi de gir omsorg og er med på å sette standard for den hjelpen som ytes av andre helsepersonell på sykehjemmet. Jeg ville vite mer om sykepleierne sine opplevelser og erfaring med autonomi i samhandling med sykehjemsbeboere i hverdagen.

I følge Karoliussen (2011) betyr autonomi selvbestemmelse eller selvstendighet. Hun sier at ”*Mangel på respekt for pasienters autonomi og integritet er ikke bare nedverdiggende behandling, men kan oppleves som grusomhet og tortur*” (Karoliussen 2011; 126). Autonomi sier Slettebø (2013) er selvregulering eller selvstyring. Hun sier i en del tilfeller er det ikke helt rett å bruke ordet selvbestemmelse, men medbestemmelse innen helsefag og medisin. Tranøy (2005) mener også at autonomi begrepet må forstås som selvbestemmelse og medbestemmelse innen helsefag (Tranøy 2005).

Det er også min oppfatning av autonomi og jeg vil bruke denne definisjonen i oppgaven her. Med autonomi blir selvbestemmelse, medbestemmelse og brukermedvirkning noen av de sentrale punkter i helse - og sosial sektoren. Dette er begreper som jeg også kommer til å bruke i oppgaven min.

Bakgrunn for valg av tema.

I min 15 årige yrkespraksis både på sykehjem og i hjemmetjeneste har jeg erfart at eldre brukere ikke blir hørt, og at deres meninger, ønsker og valg ikke alltid blir akseptert som ønsker fra autonome individer. Jeg har altså opplevd at eldre brukere av hjemmetjenesten og eldre sykehjemsbeboere, uavhengig av om de har hatt sin samtykkekompetanse og sine kognitive evner intakt eller ikke, blir oversett og ikke møtt med respekt for sine ønsker. Jeg har også erfart at medisinsk behandling blir bestemt på vaktrommene over hodet på den eldre. Og det er ofte slik at de eldre ikke kan få bestemme selv når de skal dusje, stå opp, hva de skal spise og lignende. Det kan etter min mening noen ganger virke som at hjelp og omsorg blir gitt på pleiernes og institusjonens premisser og ikke på mottagernes premisser. Det er omtrent 41 000 personer som bor på sykehjem i Norge (Folkehelseinstituttet 2009). Det er mange eldre mennesker som har sykehjemmet som sitt hjem, og det regnes på at omfanget av eldre vil nå nye høyder når «eldrebølgen» etter 2020 fører til at det blir betydelig flere eldre enn i dag. Jeg velger å kalle de som bor på sykehjemmet beboere, ikke pasienter. Dette fordi jeg mener «beboer» i seg selv kan si noe om at det er han eller hun som bor der. Vi helsepersonell må respektere deres hjem, og deres valg i hverdagen. Begrepet beboer understreker at de også selv har ansvar, både for seg selv, huset og dem de bor sammen med (Garsjø 2008).

I en del livskvalitetsstudier blant sykehjemsbeboere som er gjort av norske og internasjonale forskere påpekes det at autonomi er en viktig faktor når eldre skal trives på sykehjem (Bergeland 2012, Brandshaw et.al., 2012, Dunbar et.al., 2011, Nakrem 2011). I disse studiene sier eldre at det er viktig for dem å bestemme når de skal stå opp, hva de skal ha på seg, når og hva de skal spise, og at disse tingene virker inn på trivselen deres. Det er ikke gjort mange studier på dette område, men det er en del forskere som har interessert seg for dette temaet i den senere tid. Gjennom litteratursøk fant jeg en master oppgave som er skrevet av Marianne Askautrud (2006) der hun har fokus på Autonomi på sykehjem. Hennes tittel på oppgaven « En beskrivelse av avdelingssykepleiers møte med autonomiprinsippet i praksis» der hun intervjuer avdelingssykepleiere for å finne svar på noen av forskningsspørsmålene hun stiller.

I tillegg legges det føringer fra staten gjennom; verdighetsgaranti, Pasientrettighetsloven og Kommunehelsetjenesteloven for å fremme beboers autonomi på institusjoner. Pasient og bruker rettighetsloven (1999) sier noe om pasientens rett til medvirkning og samtykke til helsehjelp, og viser til at det er sykepleiers oppgave å fremme verdighet og ivareta også autonomi hos sine pasienter. Loven gjør sykepleiere til den som taler for beboers autonomi på for eksempel sykehjem. Stortingsmelding 25; Mestring, mål og mening (2005-2006), uttrykker et stort ønske om større uavhengighet og mer makt til pasientene, for å oppnå økt selvbestemmelse blant brukere av helsetjenesten. Forskrift om verdighetsgarantier for eldre sykehjemsbeboere som trådte i kraft I januar 2011, virker for meg som om Staten ønsker mer fokus på dette området. Forskriftens formål er å sikre en trygg, verdig og meningsfull alderdom for eldre som er under Kommunehelsetjenesteloven og Sosialhelsetjenesteloven (Verdighetsgarantien 2010). Jeg mener at dette viser at det er et behov for økt fokus på dette området. Stortingsmelding 25, nevner at de fremtidige eldre kommer til å ha en bedre økonomi og høyere utdanning enn det som er vanlig i dag. Dette vil i større grad føre med seg en forventning om å kunne bestemme mer over egen tilværelse.

1.3 Presentasjon av problemstilling:

Ut i fra temaet om autonomi hos sykehjemsbeboere har jeg valgt ut følgende problemstilling:
Hva slags opplevelser og erfaringer har sykepleiere som jobber på sykehjem med fenomenet beboers autonomi i sin kliniske hverdag?

Avgrensning av problemstilling:

I oppgaven har jeg begrenset sykepleiernes erfaringer og opplevelser om beboers autonomi til å handle om den enkeltes mulighet til å bestemme i enkle hverdagsaktiviteter som; stå opp, legge seg, spise og lignende aktiviteter. Jeg har ikke lagt vekt på bruk av tvang, spørsmål om behandling, eller ikke behandling, selv om dette berører temaet jeg skriver om. Mitt fokus i studien har vært rettet mot enkle hverdagslige fenomener og gjøremål og hvordan sykepleiere opplever og erfarer disse fenomenene i sin klinisk hverdag.

Bakgrunn for valg av problemstilling

Pollit og Beck (2012) skriver om noen kriterier som må overveies når en finner ut av en problemstilling. De nevner problemstillingens betydning, om den er forskbar, om forskningen er gjennomførbar og forskerens interesse for temaet når en finner en problemstilling en vil forske på. De sier at en må spørre om problemstillingen er viktig for sykepleie og brukere? Vil pasientene tjene på funnene av studien? Vil funnene utfordre (eller støtte) ikke testede teser? Hvis svaret på disse spørsmålene er nei, må man forkaste problemstillingen (Polit og Beck 2012). Autonomi har fått mer plass i dagens medisin og helseetikk (Slettebø 2013). Det er økt fokus på dette fra staten gjennom lover og forskrifter. Når jeg tester min problemstilling så er beboers autonomi en viktig faktor for sykepleie og brukere av sykepleietjenesten. Pasientene vil tjene på funnene i studiet og den vil støtte eller utfordre tidligere forskningsfunn. Problemstillingen er forskbar, gjennomførbar og som sykepleier er jeg veldig opptatt av å fremme autonomi hos eldre. For meg er det viktig å vite om min egen framtid dersom jeg havner på sykehjemmet i morgen; vil sykepleieren som har ansvar for meg la meg få velge hvilke klær jeg skal ta på meg hver dag? Kan jeg få velge hva jeg skal spise og når jeg vil gå på do?

I et internt arbeidsdokument som ble godkjent av Hanssen i 2009 påpeker han at på sykehjem har det blitt avdekket mangel på brukermedvirkning i hverdagen og tjenestene er i liten grad tilpasset den enkelte. ”*For liten vekt på brukermedvirkning og individuell tilrettelegging* Forutsetningen for individuell tilrettelegging av tjenester er at den enkelte tjenestemottaker, og eventuelt pårørende, systematisk blir hørt og sett og får påvirke utformingen av tilbudet. Svært mange tilsyn har avdekket at kommunale tjenesteytere legger for liten vekt på brukermedvirkning. Tilbudene er i for liten grad individuelt tilpasset, enten det gjelder boligtilbud for eldre med demenslidelse eller tiltak for å imøtekomme grunnleggende behov som tilstrekkelig næring, aktivitet osv” (Hanssen 2009; s. 4).

Ved siste valg var det en del diskusjoner i media om hvor mye verdighet det er rundt eldreomsorg og forholdet på sykehjem. Blant annet Tv2 hadde laget en sak ut av dette og i en rapportasje stod Samtlige 18 pasientombud i fylker og kunne komme med eksempler på uverdigg behandling av eldre. Et av pasientombudene kunne fortelle om et tilfelle der en eldre på et sykehjem spurte om å få hjelp til å gå på do, hun fikk svar fra pleiepersonell om at hun kunne tisse i bleia (Baardsen 2013). Selv om det er et enkelt eksempel på dårlig omsorg mener jeg min problemstilling kan være med å finne ut om det er slik i sykehjem?

1.4 Begrepsavklaring:

Autonomi:

Autonomi er et vidt begrep. I denne oppgaven handler autonomi om den enkelte beboers mulighet til å bestemme i hverdagen. Ord som brukermedvirkning, selvbestemmelse, med bestemmelse blir brukt og omhandler det samme som autonomi.

Sykepleier:

Når jeg sier sykepleier har jeg lagt vekt på sykepleiere som er offentlig godkjente og er i direkte pasientrettet arbeid. Sykepleiere som har daglig kontakt med beboere på sykehjem.

Klinisk hverdag:

Med klinisk hverdag mener jeg hvordan sykepleiere som jobber i sykehjem har det i hverdagen sin på jobb.

Sykehjemsbeboer:

Jeg har valgt å bruke begrepet sykehjemsbeboer framfor pasient da dette påvirker vår måte å tenke om den som bor på sykehjem. Jeg støtter meg til Kirkevold et.al (2008) da jeg mener at pasientbegrepet sykeliggjør individet. Det skaper en ubalanse og stiller oss sykepleiere i en posisjon som om det er mer vår arbeidsplass framfor deres hjem. Ved å bruke begrepet beboer blir sykehjemmet mer en hjemmearena og det stilles noen krav om hvordan vi skal oppføre oss hjemme hos folk.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er bygd opp slik at kapittel en handler om innledning til denne oppgaven der jeg presenterer tema og problemstillingen for oppgaven. I kapittel to blir tidligere forskning og aktuell teori presentert. Kapittel tre tar for seg metode som blir benyttet i denne oppgaven. I kapittel fire blir funn i studien presentert og diskutert med teori og aktuell forskning innen temaet. Til slutt kommer jeg med noen avsluttende kommentarer. Litteraturliste og diverse vedlegg ligger helt på slutten av oppgaven.

2.0 Tidligere forskning og Teori:

2.1 Litteratur søk:

For å finne tidligere forskning og teori som jeg har brukt i oppgaven ble det gjort litteratur søk i forskjellige databaser. Søket ble gjennomført fra jeg hadde bestemt hvilket tema jeg skulle skrive masteroppgave om, til jeg begynte å ferdigstille oppgaven. Søkeord både på norsk og engelsk ble benyttet. På norsk ble søkeordene autonomi, selvbestemmelse, brukermedvirkning, Sykehjem, Sykehjemsbeboer og personsentrert omsorg brukt. På engelsk ble autonomy, empowerment, nursinghome, nursinghome resident, person-centred care, Nursing practice og older people brukt. Hver gang gikk jeg gjennom resultatet av søket og aktuelle teorier og forskningsartikler ble samlet og sortert etter tema.

2.2 Aktuelle funn av teori og tidligere forskning:

Etter hvert som sykehjem blir en viktig institusjon for de eldre ved livets slutt er det gjort en del livskvalitet studier på dette område. En del forskere som har interessert seg for dette temaet. Gjennom litteratursøk fant jeg noen livskvalitetsstudier blant sykehjemsbeboere som er gjort av norske og internasjonale forskere der det påpekes at autonomi er en viktig faktor når eldre skal trives på sykehjem (Bergeland 2012, Brandshaw et.al., 2012, Dunbar et.al., 2011, Nakrem 2011). I disse studiene sier eldre at det er viktig for dem å bestemme når de skal stå opp, hva de skal ha på seg, når og hva de skal spise, og at disse tingene virker inn på trivselen deres. Gjennom litteratursøk fant jeg en masteroppgave og en hovedfagsoppgave som jeg synes er relevante for min studie. Hovedfagsoppgaven er skrevet av Anneline Røssland (2001) med tittel «Behov for hjelp, mulighet til selvbestemmelse og tilfredshet med sykehjemmet». I studien intervjuer hun 77 sykehjemsbeboere med en felles spørreskjema. Det interessante funnet for meg er at halv parten av beboere sier at de ikke kan bestemme når de vil stå opp, når de skal spise og når de vil snakke med legen. Selv om denne studien er 12 år gammel er funnene interessante. Fordi jeg kanskje kan finne ut om det er slik i dag eller om situasjonen er blitt bedre eller verre på sykehjem.

Master oppgaven som er skrevet av Marianne Askautrud (2006) der hun har fokus på Autonomi på sykehjem. Hennes tittel på oppgaven « En beskrivelse av avdelingssykepleiers møte med autonomiprinsippet i praksis», der hun intervjuer avdelingssykepleiere for å finne svar på noen av forskningsspørsmålene hun stiller. Studien viser også klare begrensninger på beboers autonomi på sykehjem og det trekkes fram flere årsaker til dette. I følge studien mener avdelingssykepleiere at beboernes begrensede autonomi, personalets begrensninger, pårørende som kan være begrensende og selve organiseringen av sykehjemmet og de daglige rutiner, som noen av faktorene som kan virke hemmende på beboers autonomi. I studien presenteres det at beboernes muligheter til autonomi begrenses av beboernes kognitive svikt, reduserte språk, usosial atferd og redsel for konflikter. Beboers varierende grad av kognitiv svikt oppleves som det største hinder for autonomi. Når beboerne ikke vet sitt eget beste sier avdelingssykepleiere at det er legitimt å ta beslutninger for beboerne, dette gjelder også for beboere med psykiatriske lidelser. I slike situasjoner er det ofte en medisinsk vurdering som ligger til grunn, men også hensyn til andre vil begrense autonomi. For eksempel utagerende og truende oppførsel overfor andre beboere og personalet, grisning med mat og avføring. Flere av avdelingssykepleierne sier at generasjonen av beboere på sykehjem, spesielt kvinner, ikke er vant til å stille krav. Beboerne er redde for å komme i konflikt med pleiepersonalet og frykter at krav og klager kan føre til dårligere pleie.

I artikkelen «Dignity of older people in a nursinghome: Narratives of careproviders, som er skrevet av Jakobsen og Sørli (2010) sier de at personalet som ble intervjuet kunne fortelle om daglige utfordringer knyttet til balansen mellom ideal, autonomi og verdighet. I Slettebø og Bunch (2004) sin artikkel tar de opp en viktig del innen sykehjemsomsorg og autonomi. De sier at i Norge lider ca 70 % av sykehjems beboere av demenssykdom og det er utfordrende i forhold til i hvilken grad personer med forskjellige stadiet i sin sykdomsutvikling forstår sitt eget beste. De kommer med tre løsninger på hvordan sykepleiere kan yte omsorg når en beboer viser motstand, uten å bruke tvang. Forhandling med beboer, forklare hvorfor dette er viktig og få dem til å forstå hvorfor dette er viktig, og tilbakeholdenhet. Dette er strategier som kan føre til helsepersonell ikke krenker autonomien til beboere på sykehjem (Slettebø og Bunch 2004).

Solum et.al (2008) nevner i sin artikkel at de kunne finne flere eksempler på der beboere ikke ble hørt, tilfeller der personalet ikke respekterte deres selvbestemmelse eller der beboere ikke hadde mulighet til å medvirke i handlinger som angikk dem selv. De så i sin studie at personalet ikke oppfattet små episoder i hverdagen som moralske utfordringer, men i samtale med forskere reflekterer personalet over, respekt og medbestemmelse som viktige faktorer for sykehjemsbeboeren som må ta hensyn til i hverdagen. De fant at personalet visste hva som var etisk riktig å gjøre, men i praksisen bemyndiget personalet seg selv og trodde at de visste hva som var det beste for beboere. Dette mener forfattere er å utøve paternalisme og tvang over beboere på sykehjem.

Haukelien med flere (2011) har sett på brukermedvirkning i kommunal helse – og omsorgs sektor og har gitt ut en rapport om dette. De sier at beboere på sykehjem er eldre og svakere individer ofte med kognitiv svikt og av den grunn har vanskeligheter med å formidle sine ønsker og meninger. Haukelien et.al (2011) trekker også frem at dagens institusjonsbeboere ikke er krav stor og er takknemlige for den hjelpen de for. Dette fører til at pleiere må tolke og forstå hva beboere ønsker og hvilke behov de har. Brukermedvirkning i sykehjem består av enkle valg i hverdagen som angår primærbehovene som mat, toalett, klesskift, og lignende (Haukelien et al. 2011). Jeg har også lagt vekt på hvordan sykepleiere erfarer sykehjemsbeboers mulighet for å bestemme i enkle dagliglivets aktiviteter.

En stor sammenlignings studie er gjort for å se på forholdene rundt autonomi, privatliv og informert samtykke innen eldre omsorg i fem forskjellige europeiske land. Studiens funn viser at både sykepleiere og de eldre sier at disse blir ivarettatt. Studien viste også at det er forskjell mellom hvilket begrep som var viktig i de forskjellige landene. I Finland la de vekt på informert samtykke, i Spania var autonomi begrepet viktig og i Skottland var respekten for privatlivet viktigst(Leino-Kilpi mfl. 2003, Schopp mfl 2003, Scott mfl. 2003).

2.3 Autonomi:

Autonomi stammer fra gresk *autos* som betyr selv, og *nomos* som betyr lov eller styre (Natvig 2004). Ordet «autonomos» ble egentlig brukt som selv styre for stater som var selvstendig (Tranøy 2005). Etter hvert ble dette overført til individer, men definisjonen menneskers autonomi er omstridt. Autonomi handler om at hver enkelt kan ta valg uavhengig av andre (Beauchamp and Childress 2013). Laake skriver fra FN's menneskerettighetserklæringen, såkalt FN's eldre charter ” *Bibeholde menneskerettigheter og grunnleggende frihet, også om de bor i institusjon eller mottar annen form for omsorg eller behandling. Dette omfatter full respekt for egen verdighet, tro, behov for privatliv, og for retten til å ta beslutninger som angår egen omsorg og livskvalitet*” (Laake 2003: s, 35). I NOU 2004:18 som handler om «Helhet og plan i sosial og helsetjenestene» står det et kapittel om Personlig autonomi og sårbarhet (kap. 6-7). Det står skrevet at mennesker har nok kompetanse til å gjøre sine valg. Med autonomi menes at alle har rett til å bestemme over saker som angår dem.

Beboers autonomi kan forstås på tre ulike måter. Det er enten som en egenskap, en rettighet eller et prinsipp (Førde 1995). Natvig (2004) sier at autonomi gir rett til å bestemme selv, styre selv og en følelse av å være uavhengig, uten innblanding fra andre. Personlig autonomi betyr at man har en personlig rett til å handle fritt i saker som angår en selv. En foretar selv valg i samsvar med egne normer og ønsker. Videre sier Natvig at autonomi innebærer uavhengighet fra andre, en må kunne vurdere alternative valg, og foreta beslutninger ut ifra de valgmulighetene en har til rådighet. Autonomi prinsippet baserer seg på troen på menneskets ressurser og deres rett til å velge det som er best for seg. Idealet bygger på en oppfatning av at mennesker i seg selv har en uvurderlig verdi og at alle mennesker er moralsk sett likeverdige, til tross for alle tenkelige forskjeller i utrustning, yteevne og livsstil. Unge som gamle har lik rett til å bestemme over det som angår dem selv (Natvig 2004).

Å handle autonomt forutsetter at personen er i stand til, eller har kompetanse til å bestemme og handle fritt. I følge Natvig kan kun en ansvarlig person ha full autonomi og dermed handle uten innblanding fra andre. Hun sier at mennesker som er bevisstløse, lider av Alzheimers sykdom, eller som følge av sykdommer og skader ikke kan gi uttrykk for sin vilje, kan ikke handle autonomt. Når en ikke kan handle autonomt er det ikke sagt at vedkommende ikke kan være stand til å foreta selvstendige valg på alle områder. Selv om en person ikke kan

bestemme selv på et område kan vedkommende være i stand til å bestemme på andre områder (Natvig 2004). I følge Natvig (2004) blir autonomien til en person som er avhengig av andre innskrenket og kan ta valg med hensyn til hjelperens ønsker. Hun sier videre at paternalisme hindrer en persons fulle autonomi.

Autonomi kan ses på som en egenskap ved individet (Slettebø 2013). Det vil si at en egenskap eller en kapasitet er knyttet til individets evne til å handle i tråd med egne planer og ønsker. Autonomi som en rettighet vil si at beboeren har krav på for å få sine valg respektert, fordi det er det som er etisk riktig (Slettebø 2013). I følge Slettebø blir ordet autonomi brukt som **medbestemmelse** og ikke som selvbestemmelse. Det vil si at i praksis vil det enten være rett til å bestemme behandlingsform eller rett til å nekte behandling. Innen medisinsk behandling har ikke pasienter/beboere i dag rett til selv å velge behandlingsformer de ønsker, når dette ikke er i tråd med legens oppfatning av hva beboeren er tjent med (Slettebø 2013).

Autonomi som prinsipp betyr at beboers ønsker og behov bør bli respektert når medisinske eller sykepleiefaglige avgjørelser skal tas. Dette kommer klart til uttrykk i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som ble sist revidert i 2011. I kapittel 2. som omhandler sykepleieren og pasienten står det at ”*sykepleieren skal respektere pasientens rett til å foreta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse*” (NSF 2011; pkt 2.5: s.8). Slettebø (2013) sier at autonomi som prinsipp har flere faktorer ved seg som må ses på før man kan si om den eldre er autonom og kan foreta et autonomt valg. Kompetent beboer, konsistent ønske, adekvat informasjon, frihet fra ytre press, sier hun er faktorer som må tas i betraktning når det gjelder beboers autonomi på sykehjem (Slettebø 2013).

Kompetent beboer: For å ta valg må beboeren være kompetent. Dersom beboeren ikke er kompetent skal ikke beboeren ta valg som får store konsekvenser. Beboeren kan være påvirket av at sykdommen og sykdomstilstander som demens, delir, angst, ubehag, depresjon, benektning, fortrenning, sterke smerter osv som kan påvirke beboerens evne til å fatte sin egen situasjon og ta riktige avgjørelser. Der er sykepleieren sin oppgave å vurdere beboerens kompetanse. Det er viktig å ha i bakhodet at beboerens ønsker kan variere fra dag til dag og kan forandre seg fra tid til annen på grunn av sykdomstilstander og smerter. I følge Slettebø er kompetent person en som kan uttrykke ønsker som er stabile, forstår konsekvensen av valget og har evne til å bearbeide informasjon som blir gitt (Slettebø Å. 2013).

Konsistent ønske: Beboerens ønske må vare over tid. I tilfeller der pasienten motsetter seg behandling og hjelp er det viktig å finne ut om dette siden det kan få alvorlige konsekvenser for beboeren (Slettebø 2013).

Adekvat informasjon: I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det ”*Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjon er forstått*”(NSF 2011; pkt 2.4: s.8).

Informasjon som gis til beboeren må si noe om hva behandlingen går ut på, konsekvenser av behandling og konsekvenser av å ikke ta imot behandling. Informasjon som gis skal være tilpasset den enkelte individ og sykepleier skal gi all informasjon som hun eller han synes er nødvendig for å fatte en rasjonell beslutning (Slettebø 2013). Informasjonen må bli gitt greit og klart, realistisk og ærlig i et forståelig språk. Den skal være nøytral og skal ikke være farget av sykepleierens meninger og synspunkter. Vi vet at ulike tilstander hos pasienten, som angst, depresjon og smerter kan hindre forståelsen eller bearbeidelsen av gitt informasjon.

Fri fra ytre press Pasienten skal gjøre valg fri fra press fra sykepleier eller pårørende. Handlingen skjer uten innblanding fra andre og ikke minst tvang.

Autonomi begrepet er for Løgstrup et relasjonelt begrep enn et individuelt begrep i følge Meland (2005). Meland sier videre at Løgstrup sin etikk baserer seg på ”*gjensidig komplementært syn*” og påpeker at Løgstrup tar høyde for det som er motsetningsfullt og alt liv er avhengige av å bli tolket slik ”*motsetningsfylte og gjensidig betingede spenningsforhold*”(Meland2005:3443).

Den etiske fordring og autonomi

Løgstrup analyserer fenomenet tillit og han sier at tillit ikke bare er et grunnfenomen i livet men at vi også er innvevd i hverandre og er avhengige av andre mennesker (Løgstrup 2010). Løgstrup kaller dette *inter- dependens*. Inter dependensen betyr makt- en dimensjon i et hvert forhold mellom mennesker. Vi kan bruke den makta vi har oven for andre til å skape frihet til andre eller ufrihet til den andre(Christoffersen 1999). I følge Christoffersen(1999) mener Løgstrup at frihet er ikke ment som å leve uavhengig av andre, men den må bygge på forutsetninger som kan handle om kulturelle, politiske, sosiale, historiske, og betingelser som er knyttet til samlivet med andre (Christoffersen 1999). I den makt vi har overfor hverandre melder det seg en fordring om at hver enkelt av oss skal ta vare på vår nestes liv som vi har i vår hånd. Dette er den etiske fordring. Den etiske fordring springer ikke ut av en samling av verdier, men av den makt vi har overfor hverandre (Løgstrup 2010). *”Af den elementære afhængighed og umiddelbare magt udspringer fordringen om at tage vare på det af den andens liv, der er afhængigt af een, og som man har i sin magt, idet det dog ud fra den samme fordring er udelukket, at varetagelsen nogensinde kan bestå i for den andens egen skyld at tage hans selvstændighed fra ham”* (Løgstrup 2010;39). Han sier at ansvaret for den andre kan aldri bestå av å overta den andres eget ansvar. I følge han er etiske fordringen taus, radikal, ensidig og anonym. Fordringen sier vi skal ta vare på det nestes liv som vi har i vår hånd, men sier ikke noe om hvordan vi skal gjøre dette (Løgstrup 2010). Fordringen krever at vi selv må skjønne hva det vil være riktig å gjøre og jeg mener at det er her skjønnet kommer inn i bildet.

2.4 Omsorg og faglige skjønnet i sykepleien:

Kari Martinsen beskriver omsorg som et ord vi kjenner igjen fra dagliglivet og den er forbundet med å hjelpe og ta hand om (Martinsen 1989; 14). Hun sier at omsorg kan defineres som ”å sørge for” og sier videre at omsorg ikke er et selvsagt begrep i hverdagen og at den er enda mindre verdsatt i sykepleien. I dagens samfunn står verdier som å klare seg selv og uavhengighet sterkere enn verdier som å ta hensyn til og hjelpe (Martinsen 1989). *”Vi lever i en verden av penger, makt og egoisme. Den enkeltes selvrealisering og uavhengighet fra andre vurderes høgt. Avhengighet blir sett på som noe negativt”* (Martinsen 1989; 42). *”Omsorg har med nestekjærlighet å gjøre, å handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss. Det er å bryte egosentrisiteten, å gå utover seg selv. Det er følelsen av å stå andre nær”* (Martinsen 1989;14). Martinsen beskriver omsorg som et praktisk, relasjonelt og moralsk begrep med bakgrunn i et kollektivistisk menneskesyn. Hun sier *”Enkelte blir mindre*

stand til selv å definere problemer og behov enn andre. Dette er også grunnen til at svake grupper har moralsk berettiget krav på støtte” (Martinsen 1989; 47 og 48). Det er sykepleierens ansvar å ta vare på lidende personer på bakgrunn av alder, sykdom og som er blitt svake og avhengig av andre og trenger omsorg.

Det moralske universalismeprinsippet, ansvaret for svake, er ifølge Martinsen forankret i et praktisk forbilde som vi ser igjen i historien om den barmhjertige samaritan. Denne liknelsen viser oss to ting om omsorgens særtrekk. Den ene er den praktiske siden. Martinsen påpeker at denne praktiske omsorgen blir til situasjonsbetinget og konkrete handlinger og gjør at man deltar i den andres lidelse. Dette er ifølge Martinsen en motsetning til den sentimentale omsorgen der omsorgen begrenser seg til ens egne følelser. Det stanser ved at man synes synd på vedkommende som lider og står på utsiden og føler uten å delta i lidelsen selv (Martinsen 1989).

Det andre særtrekket som Martinsen peker på ved å benytte historien om den barmhjertige samaritan er at omsorg gis ut ifra mottakers tilstand og ikke ut ifra forventet effekt av våre gjerninger. En god situasjonsforståelse er viktig ifølge Martinsen for å klare balansegangen mellom formynderi og unnlattessynder. Dette krever at sykepleieren har god innsikt i menneskenes livssituasjon og klarer å se hvor begrensningene og mulighetene ligger (Martinsen 1989). *”Omsorg har for det tredje en moralsk side. Det har med livsførsel å gjøre, og hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet. Det er kvaliteten i relasjonen som er vesentlig”* (Martinsen, 1989;17). Martinsen hevder at det er gjennom det praktiske arbeidet at omsorgens moralske aspekt kommer til syne. Omsorgsmoralen er noe som må læres gjennom erfaring og oppdragelse til godhet. Hun påpeker også at våre verdier må underkastes kritisk vurdering (Martinsen 1989). Martinsen sier at makt er relatert i alle avhengighetsrelasjoner og omsorgsmoral er hvordan vi lærer å bruke denne makta. Makten vi får gjennom å være sykepleier og omsorgsgiver kan brukes moralsk ansvarlig og med utgangspunkt i solidaritet med den svake og gamle. Martinsen definerer solidaritetshandlinger som handlinger basert på engasjement og omsorgsmoral defineres som prinsippet om ansvaret for svake (Martinsen 1989). *”Det viktigste i handlingsrelasjonen er at omsorgsgiver ikke forventer å få noe igjen eller at begrunnelsen for handlingen er å få noe igjen eller oppnå et resultat”* (Martinsen 1989;16). Martinsen er opptatt av den som gir omsorg ikke skal forvente noe tilbake fra den som mottar omsorg.

2.5 Paternalisme:

Paternalisme betyr egentlig av pater: far, eller far bestemmer (Beauchamp og Childress 2013), (Henriksen og Vetlesen 2006), (Natvig 2004). Beauchamp og Childress (2013) beskriver paternalisme som når en person bestemmer over en annen person på samme måte som en far bestemmer overfor sitt barn. De definerer paternalismen slik; ” *as the intentional overriding of one person`s preferences or actions by other person, where the person who overrides justifies this action by appeal to the goal of benefiting or of preventing or mitigating harm to the person whose preferences or actions are overridden*” (Beauchamp og Childress 2013; 215). Henriksen og Vetlesen (2006) sier det slik: ” *Paternalisme betyr at noen tolker andres behov for dem, med tro på at tolkningen som gis, er overlegen personens egen*”(s; 224). De sier videre at innen profesjonell omsorg blir dette brukt som bevisst kontrollert ”overkjøring” eller tilsidesetting av beboers rett til å bestemme selv, med begrunnelse om beboeren ikke lenger har innsikt i hva som er sitt beste (Henriksen og Vetlesen 2006). Paternalistiske handlinger er handlinger gjort i beste mening for det beste for den andre. I følge Beauchamp og Childress (2013) har paternalismen høyt nivå av helsepersonellmakt og helsepersonell rettferdiggjør sine handlinger ved hjelp av velgjørenhet og ikke -skade prinsippene (Beauchamp og Childress 2013). Det har vært diskusjoner om hvorvidt autonomiprinsippet skal stå foran velgjørenhetsprinsippet. Kjernen i diskusjonen har vært om respekten for pasientens autonome valg skal telle sterkest, eller om velgjørenheten til de som utøver helsehjelpen de er utdannet til, skal komme foran prinsippet om pasientens autonomi (Beauchamp og Childress 2013).

Svak paternalisme.

Beauchamp og Childress (2013) deler Paternalisme begrepet i to undergrupper, svak - og sterk paternalisme. For å utøve svak paternalisme krever at beboeren har en påvist svikt i forhold til kompetanse eller frivillighet for å kunne regulere sin adferd. Ofte benyttes svak paternalisme for å hindre skade og beskytte pasienter mot sine egne uheldige valg. Svak paternalisme begrunnes i velgjørenhet og ikke - skade prinsippet. Kriteriet for å karakterisere paternalismen som svak må den være faglig begrunnet. Slettebø (2013) sier at for å utøve svak paternalisme måtte en påvise svikt i beboerens kompetanse eller frivillighet. Når helsepersonell påtvinger beboere valg, selv om de er gjort på grunnlag av informert beboer, fri vilje og beboeren innehar en tilnærmet full kompetanse til å handle autonom, kalles det sterk paternalisme (Beauchamp og Childress2013).

2.6 Kontekst og beboers autonomi:

”Kontekst er et begrep som kommer fra det latinske *contextus* og betyr sammenveving eller sammenheng” (Karoliussen 2011; 230). Det er et begrep som beskriver *det meningsbærende, rammeverket* rundt alle fenomener som utspiller seg. Det betyr at hver enkelt situasjon må forstås ut ifra det rammeverket det utspiller seg i (Karoliussen 2011). Når vi snakker om beboers autonomi vil dette også være preget av ytre faktorer som påvirker og graderer mulighetene for den enkelte beboer. Det kan være størrelsen på avdelingen, ledelse, størrelsen på kommunen, organiseringen av sykehjemmet osv. Karoliussen (2011) sier at konteksten kan deles i tre nivå og nevner disse som; profesjonsnivå, institusjonsnivå og samfunnsnivå. Selv om hun snakker om kontekst som påvirker relasjonen mellom sykepleier og pasient mener jeg at dette også kan ses i sammenheng med beboers autonomi på sykehjem. Jeg skal vise hvordan i kapittel 4.3 når jeg presenterer funn.

2.7 Empowerment til sykehjemsbeboere.

I likhet med ordet autonomi har ordet empowerment uklart innhold og derfor kan forskjellige aktører legge forskjellige meninger i ordet. I følge Askheim, Starrin et.al (2007) ble Empowerment først introdusert i USA, og ingen har lyktes med å finne en passende norsk oversettelse til dette men den er nærbeslektet med det norske begrepet brukermedvirkning. Ingun Stang har oversatt empowerment og sier at det kan kalles bemyndigelse (Stang 1998). Dette blir mer og mer populært selv om det mangler et godt norsk ord for dette. Ordet «Empowerment» inneholder ord vi higer etter, og som ligger nært hjertet vårt; styrke, kraft og makt. Disse ordene fører tankene over på fenomener og egenskaper som selvtillit, brukermedvirkning, selvbestemmelse, deltakelse. Sentrale holdninger innen Empowerment er å se alle mennesker som kompetente, fokusere på likeverd, rettigheter og forandre maktstruktur slik at det uttrykkes respekt for menneskers selvbestemmelsesrett (Askheim, Starrin et al. 2007). Jeg vil ta dette med fordi jeg forstår det slik; Empowerment betyr å overføre en del av makta vi har som sykepleiere på institusjoner, til beboere på institusjoner, slik at de i størst mulig grad kan ta del i det som angår dem.

Helsepersonell kan ha en holdning som går ut på å være «ekspert» når det gjelder mennesker og deres fysiske og psykiske plager. De innehar mye kunnskap og tror de vet hva som er best for pasientene. Dette gjør at pasienter som kan ha manglende kunnskap om egne sykdommer, som foreksempel sykehjemsbeboere, havner i en avmakt situasjon. Anne Norheim (2006) skriver sykepleiere som har et biomedisinsk menneskesyn og paternalistisk tankegang ikke kan fremme empowerment til sine beboere. Empowerment krever at en har humanistisk menneskesyn og sykepleieren er opptatt av gjensidig respekt mellom sykepleier og beboer(Norheim 2006). Empowerment tenkningen kan føre til at helsepersonell må tenke annerledes slik at maktbalansen blir noe jevnere(Askheim, Starrin et al. 2007). Dialogen mellom beboer og sykepleier må være «herre-dømme-fri» hvis man skal følge empowerment tenkningen. Samtalen skal basere seg på at premissene og kontrollen ligger hos beboeren, og den profesjonelle skal være en ressurs som beboeren kan velge å bruke for å nå sine egne mål. Dialogen skal bygge på gjensidighet og den profesjonelle stiller sin kompetanse kun til rådighet. Sykepleieren skal heller ikke være passiv, men han eller hun har ansvaret for å hjelpe til med å tenke ut mulige beslutninger og handlinger, og konsekvensene av disse. Man må da passe seg for ikke å innta ekspertrollen, men utvikle et forhold der man arbeider med beboeren. Sykepleieren gir da fra seg sine kunnskaper som beboeren kan velge å bruke, slik at han kan oppnå større kontroll over eget liv og omgivelsene(Askheim, Starrin et al. 2007). Personer som er i en avmaktssituasjon som sykehjemsbeboere, kan da gjennom denne kraftmobiliseringen, opparbeide seg styrke og kraft til å komme seg ut av avmakten. De kan da gjenopprette makt, kontroll og styring over eget liv.

Rønning definerer makta slik: ”Makt kan defineres som det å få andre til å gjøre noe de ellers ikke ville ha gjort” (I Askheim, Starrin og et.al 2007 s; 35). Rønning sier at brukervedvirkning kan stilles likt med empowerment. Myndiggjøring og medvirkning fra pasienter og beboere er en hovedmålsetting innen velferdspolitikken i Norge (Askheim, Starrin et al. 2007). Jeg mener at gjennom lover og retningslinjer presiserer staten dette, for at hjelpetrengende ikke skal føle seg krenket. Det skal i størst mulig grad ytes hjelp på hjelpetrengendes premisser. På sykehjemmene må det legges til rette for at beboere skal få økt makt og innflytelse over sitt eget liv. I følge sosial – og Helsedirektoratet (2005) betyr det at det må utvikles mer likeverdige samarbeidsformer mellom brukere og tjenesteutøvere med utgangspunkt i brukerens ressurser, erfaringer og kompetanse (Stortingsmelding 25). I en del tilfeller kan brukervedvirkning rett og slett bli glemt fordi det ikke er tid og rutiner for å inkludere brukere i hverdagen(Askheim, Starrin et al. 2007).

2.8 Sykehjem som institusjon

Det bor i dag ca 41000 brukere i sykehjem (Folkehelseinstituttet 2009). Forskrifter for sykehjem er fastsatt av Sosialdepartementet 14. november 1988 med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3 femte ledd jfr. § 6-9. Endret 19 des. 1990 nr. 1132, 11 nov 1997 nr. 1158, 19 mai 2003 nr. 653 (Helse og omsorgsdepartementet 2003).

Oppfatningen av hvilken rolle sykehjem skal spille innen norsk helsevesen har endret seg gjennom tidene. Initialt gikk de under betegnelsen pleiehjem, en betegnelse som var dekkende for hva disse institusjonene beskjeftiget seg med. Omkring 1955 kom betegnelsen sykehjem i bruk. Dette var samtidig et skifte i synet på sykehjemmets funksjon. Fra å vektlegge rene pleiefunksjoner signaliserte man at institusjonene også skulle tilby aktivitetstiltak som ”øvelsesbehandling og arbeidsterapi”. Sykehjem skulle ikke utelukkende være et forpleiningstilbud. Gjennom aktive tilbud skulle de legge forholdene til rette for å opprettholde og eventuelt bedre beboernes funksjonsevne (Nygaard 2002).

Sykehjemmene har hatt forskjellige funksjoner gjennom tiden. Disse funksjonene er det viktig å kjenne til for å forstå sykehjemmets funksjon i dag. Solveig Hauge (2004) har i sin doktoravhandling skildret disse funksjonene som sykehjemmene har hatt gjennom historien i Norge. Hun sier at det er tre forskjellige utviklingsfaser sykehjemmene har vært gjennom og kaller disse; oppbevaringsfasen, behandlingsfasen og bostedsfasen. I følge Hauge (2004) har det blitt gjort et oppgjør med oppbevaringsfasen i bostedsfasen men ikke med behandlingsfasen. I dag er det fokus på at sykehjem skal være både hjem og behandlingsinstitusjon. Det er to motstridende hensyn som er vanskelig å forene. Det har også skjedd noen retoriske endringer; tidligere ble de som bodde på sykehjem kalt pasienter, nå omtales de ofte som beboere (Hauge 2004).

Sykehjemmet har fellestrekk med det Goffmann (1967) identifiserte som ”den totale institusjon”. Det er mer som et oppholdssted for hjelpetrequende individer og arbeidssted for helsepersonell. I følge Goffman fører det å bli beboer på institusjon at en går fra å ha en fri og uavhengig tilværelse, være egen herre; til å bli hjelpetrequende, umyndiggjort og kontrollert av helsepersonell. En blir prisgitt det helsepersonell som har ansvar for en og en blir også avskjært fra samfunnet utenfor. Goffmann sier at sykehjemmets organisasjonsstruktur vil føre

til at beboeres hverdag preges av manglende privatliv, begrenset autonomi og adskillelse fra omverden. Når det er pleiere som har myndighet over hverdagen til beboere blir den institusjonelle faktoren forsterket. Når en må dele alt med andre fører det til at det blir vanskelig å verne om sitt personlige territorium. Når en ikke har sine personlige eiendeler som styrker ens identitet blir det vanskelig å holde personlig fasade som Goffmann gir uttrykk for.

Richard M (1986) skriver i sin artikkel at Sykehjem passer godt inn i Goffman sitt begrep om «total institutions». Han sier at eldre blir strippet for sin livskompetanse og blir behandlet som barn og i noen tilfeller som objekter. Selv om dette ble skrevet i 1986, har det skjedd mye endringer innen geriatrien i form av lovendringer fra sentralt hold og økt fokus på eldreomsorg. Når jeg leste artikkelen kunne jeg se likheter med enkelte saker som jeg har vært vitne til i min yrkeskarriere. Han skriver denne artikkelen ut i fra sin rolle som pårørende og kommer med kritikk på måten helsetjenester til eldre er organisert på, helsepersonell sin holdning til pårørende og ledelsen på sykehjemmet. Fortsatt skjer det enkelte «overgrep» i de eldre personenes integritet blant annet i form av at beboere blir oversett og ikke blir tatt med på avgjørelser som angår den enkelte selv (Malmedal 2013).

Hverdag i sykehjem:

Det er ikke til å legge skjul på at rutiner preger en stor del av hverdagen for de som bor i sykehjem. Ulike aktiviteter og gjøremål planlegges gjerne ut fra en gitt struktur som kanskje er mer tilpasset de som arbeider i sykehjem enn de som bor der. Dette kan føre til en rutinepreget hverdag som blir institusjonspreget og lite inkluderende. Kirkevold m.fl. (2008) sier at rutiner på sykehjem er vanlig og at alle sykehjem har en slags tilnærmet like overordnede rutiner som døgnrytme, stell, servering av måltider o.l. De sier at rutiner er viktige for å sikre at alle beboere får den hjelpa de trenger. Hvis ikke sykepleiere ser enkeltbehovene og situasjonene, og tar hensyn til den enkelte beboer sine ønsker og behov, kan rutiner bli til besvær for sykehjemsbeboere.

Slettebø (2008) sier at det er viktig å tenke på trivsel og integritet når en snakker om sykehjemsbeboere. Hun er opptatt av at det skal være mer fokus på autonomi blant sykehjemsbeboere. Integritet og trivsel vil bevare beboers autonomi. Dette må stå i sentrum hos helsepersonell som gir omsorg på sykehjem.

2.9 Personer med demens:

Av beboere på sykehjem er det 70 – 80 % av alle beboere som lider av en eller annen form for demenssykdom (Engedal 2008). Person med demenssykdom er kjennetegnet av at de har kognitiv svikt sier Engedal (2008). Graden av kognitiv svikt kan variere fra person til person, og er avhengig av hvor langt en har kommet i sitt sykdomsforløp. Demens er et hjerneorganisk syndrom og en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander som er kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll, og forskjellige degenerative hjerneorganiske sykdommer. Demenssykdom forekommer i ulike former og alvorlighetsgrader, og gir seg uttrykk i et sammensatt symptombylde med forskjellige kognitive, adferdsmessige og motoriske symptomer, med store individuelle variasjoner (Engedal 2008).

I dagens Norge har mellom 65 000 og 70 000 mennesker en demenssykdom. Forekomsten stiger med alderen, og er for aldersgruppen 65-69 år 0,9 prosent, mens den fra 90 år og oppover øker til 40,7. Selv om ingenting tyder på at demenssykdommer opptrer hyppigere nå enn tidligere, vil flere enn før leve lenge nok til å få en form for demenssykdom.

Fellesbetegnelsen ”demens” brukes om tilstander forårsaket av ulike hjerneorganiske sykdommer og kjennetegnes ved et kronisk og irreversibelt svekket kognitivt funksjonsnivå (svikt i hukommelse, oppmerksomhet, lærling, tenking og kommunikasjon), samt endret sosial atferd (Engedal og Haugen 2004).

2.10 Hjem og hjemlighet

Nyere forskning om hjemmets betydning har vært rettet mot hjemmet som et sted for basal trygghet (Hauge, Jacobsen et al. 2008). Hjemme er du trygg. Du er din egen herre og bestemmer alt om hvordan det skal være. En kan være seg selv i hjemmet og trenger ikke å ta hensyn til andre hele tiden. Et hus er bare en bygning. Det er folkene som bor der som gjør det til et hjem (Hauge, Jacobsen et al. 2008). Det er vi sykepleiere som skal gjøre Sykehjem til beboers hjem. Selv om det er vanskelig å oppnå det hjemmet beboere er vant å kalle hjem, kan det legges til rette på en best mulig måte for at det oppleves som et hjem. Selvbestemmelse og trygge omgivelser der de kan være seg selv, styrker hjemfølelsen (Hauge, Jacobsen et al. 2008). Beboerens rom på et sykehjem må respekteres som et hjem. De som bor

der er beboere og ikke pasienter. Beboerbegrepet understreker at de også selv har ansvar, både for seg selv, huset og dem de bor sammen med (Garsjø 2008).

Personer med demenssykdom og hjem.

Normann sier at det som er avgjørende for å bevare hjemmeopplevelsen eller hjemmefølelsen, er hvordan personen med demenssykdom blir møtt og forstått av sine omgivelser (Hauge, Jacobsen et al. 2008). Norman sier videre at det er viktig for personer med demenssykdom at det skapes hjemmeopplevelse eller hjemmefølelse, og at det dreier seg om øyeblikkets omsorg og pleie (Hauge, Jacobsen et al. 2008). Nære relasjoner mellom personer med demenssykdom og deres pleiere kan styrke følelsen av å være hjemme (Hauge, Jacobsen et al. 2008). Å være hjemme blir først og fremst omtalt som det å ha meningsfulle relasjoner til andre, til seg selv, til stedet og tiden. Wogn-Henriksen (1997) sier at relasjoner, kjærlighet, og omsorg fra de nærmeste er viktig støtte når en person lever med en demenssykdom. Sykepleieren sin oppgave blir å hjelpe beboere til å ta vare på de relasjonene de har og opprette nye relasjoner (Wogn-Henriksen 1997).

Steensen (2006) er inne på noe når han snakker om sykehjem som et hjem. Han hevder at språket vi bruker om sykehjem ofte er tilslørende. Han stiller spørsmål om det er et hjem der beboerne tilfeldigvis er syke eller om det er et sykehus. Hvis det er snakk om sykehus er det opplagt behov for mer leger og kvalifiserte pleiere og at det skal foregå en kvalitativ målbar behandling for eksempel av demente pasienter. Han mener at enten må vi bli enige om at det er et hjem og gi beboeren makten eller så får vi kalle det et sykehus. Da må sykehjemmene bli utstyrt med medisinsk ekspertise, med leger og sykepleiere, og ikke som i dag hvor de ofte pleies av ufaglærte og sjelden av leger. Dette er en viktig diskusjon.

2.11 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg innebærer å møte personen som den enestående personen han er, med sitt levde liv og sin historie (Kitwood 2006). Beboere på sykehjem har mest kontakt med pleierne, og er på den måten svært avhengig av at pleieren har gode relasjonelle ferdigheter og kunnskap til å møte pasienter som person. Beboers levde liv, tidligere og nåværende roller, yrkesidentitet, ulike verdier og lignende er alle faktorer som har betydning for hvordan beboere har det i sykehjemmet, og hva som skal til for at de føler seg respektert og likeverdig. Dersom pleierne klarer å se sammenhengen mellom pasientenes levde liv og dagens situasjon, kan dette bidra til større forståelse av beboers atferd og gjøre det lettere å nærme seg og imøtekomme individet på en slik måte at følelsen av respekt og likeverdighet fremmes (Kiwood 2006).

” Respect for persons is central to the notion of person-centredness and rooted in a Kantian ideal of mutual respect and sympathetic benevolence ” skriver Brendan MacCormack i sin artikkel (McCormack 2003:2002). Han sier personsentrert tilnærming krever at helsepersonell må tenke bak konseptet bak biomedisinsk behandlingsideal og tvinger helsepersonellet til å se helhetlig og ta med verdier som er viktig for den eldre i omsorgen som ytes. MacCormack og McCance (2006) sier at personsentrert omsorg fører til større tilfredshet hos beboere, beboere blir inkludert i avgjørelser som angår dem selv, følelse av verdighet og resulterer i mer medbestemmelse.

Personsentrert omsorg og autonomi.

Personsentrert omsorg innebærer å møte personen som den enestående personen han er, med sitt levde liv og sin historie (Kitwood 2006). Selv om Kitwood bruker personsentrert omsorg i forbindelse med personer med demenssykdom, mener jeg at denne måten å tilnærme de eldre som bor på sykehjem kan fremme gode relasjoner mellom sykepleier og den eldre personen som igjen kan resultere i økt selvbestemmelse. Beboere på sykehjem har mest kontakt med pleierne, og er på den måten svært avhengig av at pleieren har gode relasjonelle ferdigheter og kunnskap til å møte pasienter som person. Beboers levde liv, tidligere og nåværende roller, yrkesidentitet, ulike verdier og lignende er alle faktorer som har betydning for hvordan beboere har det i sykehjemmet, og hva som skal til for at de føler seg respektert og likeverdig.

Personhistorie og minnealbum

Å kjenne historien bak personene vi hjelper er veldig viktig for å yte personsentrert omsorg. Det fører til pleiere ser pasienten som et unikt individ, noe jeg mener gir grunnlag for opplevelse av mening i hverdagen. Å hjelpe en person til opplevelse av gjenkjennbarhet og trygghet, om enn korte øyeblikk, blir viktig bidrag til opplevelse av identitet(Granholt 2007). Person historier kan samles inn for eksempel ved innkomst til sykehjem, skrive det ned og gjøre dette til en del av pleieplaner som finnes på alle sykehjem. Ved å gjøre disse historiene lett tilgjengelige for personalet som jobber på sykehjemmet kan det bidra til pleiere får bedre kjennskap til personens tidligere liv. På denne måten kan personalet forstå vedkommende bedre enn de ellers ville ha gjort uten denne bakgrunnskunnskapen. Minne album er også et godt utgangspunkt for en samtale som kan bidra til økt livskvalitet og livsglede. Det hjelper også personen selv å holde fast på deler av sitt liv og sin identitet. Et slikt album kan brukes igjen og igjen, og oppleves som givende for alle parter (Fosslund og Thorsen 2010).

3.0 Metode

3.1 Kvalitativ metode

Ut i fra problemstillingen min har jeg valgt Kvalitativ metode med kvalitative forskningsintervju som tilnærming til å skaffe meg viten om *Hvilke opplevelser og erfaringer sykepleiere har med fenomenet beboers autonomi i sin kliniske hverdag?* I følge Malterud (2008) kalles kvalitativ forskningsintervju også «dybdeintervjuer» og «semistrukturerte intervjuer» (s.129) Kvalitativ retning kan gi meg dybdekunnskaper om sykepleiernes erfaringer med det fenomenet som studeres (Polit og Beck 2012; Dahlberg et.al 2008; Kvale og Brinkmann 2010; Malterud 2008).

«Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres»(Malterud 2008;31). I følge Jacobsen (2010) er kvalitativ metode « ...vil ofte være rettet mot å gå i dybden på noe, mot å få en forståelse for noe som man kjenner dårlig til, enten et spesielt fenomen eller et spesielt tilfelle (case)» (s.55). Polit og beck (2012) sier at i motsetning til kvantitative forskere følger ikke kvalitative forskere en lineær sekvens, de har ikke en strak linje de skal følge, men en sirkel der forskningsprosessen fortsetter og baserer seg på det grunnlaget av det som er blitt oppdaget. Kvalitative forskere har fleksibel tilnærming til problemstillingen som gjør at det blir individuelle forskjeller og forskere vet selv ikke hvordan studien vil fortsette. Når jeg skulle undersøke fenomenet «sykepleierne sine erfaringer med beboers autonomi på sykehjem» velgte jeg å gå i dybden på dette fenomenet.

3.2 Kvalitative forskningsintervju:

Kvale og Brinkmann (2010) sier at *«selve produksjon av data i det kvalitative intervjuet går utover en mekanisk overholdelse av regler og er avhengig av intervjuerens ferdigheter og situerte personlige vurderinger med hensyn til hvordan spørsmålene stilles»*(s.99). Det krever at forskeren har gode kunnskaper om forskningstemaet for å stille gode oppfølgingsspørsmål. Jeg har gjennom praksis og fra faglitteratur skaffet meg en del kunnskap om temaet. Dette har hjulpet meg å stille riktige oppfølgingsspørsmål og tolke det som ble sagt underveis i intervjuet. I følge Kvale og Brinkmann (2010) er kvalitative forskningsintervju preget av

direkte kontakt mellom intervjuer og deltaker. Kvaliteten på kunnskap som samles inn vurderes ut i fra forskerens intervjuferdigheter og kunnskaper i dette feltet. Det er en motsetning til kravet om sannhetsgaranti i vitenskapen som krever at en skal følge nøye med forhåndsregler. Det ligger en del metodiske og etiske utfordringer i forhold til dette (Kvale og Brinkmann 2010).

Noen aspekter ved halvstrukturerte dybdeintervju:

Kvale (1997) sier «*Det kvalitative intervjuets fortrinn er dets åpenhet*» (s44). Med åpne spørsmål har jeg fått beskrivende fortellinger om hvordan sykepleiere jeg har intervjuet opplever beboers autonomi i praksis. Jeg har fått høre hvordan de fem jeg har intervjuet ser på hvordan beboers autonomi fungerer i hverdagen, og om sykepleiere og andre helsepersonell er opptatt av dette fenomenet i sin kliniske hverdag. Med åpne spørsmål fikk jeg svar som var både kjent for meg fra tidligere, men mest av alt dukket det opp ting som jeg ikke hadde tenkt på. Selv om intervju spørsmålene skulle være åpen måtte jeg som forsker styre samtalen inn mot temaet slik at jeg fikk sykepleiernes synspunkter på forskningsspørsmålet. For å få til dette har jeg brukt en semistrukturert intervjuguide som har hjulpet meg underveis. Kvale og Brinkmann (2010) sier at «*En intervjuguide er et manuskript som strukturerer intervjuforløp mer eller mindre stramt*»(s.143). Intervjuguiden hjalp meg underveis for å holde samtalen om temaet i gang, og dersom samtaler stoppet opp underveis. Da vi på studiet intervjuet medstudenter for å lære om hvordan det er å intervju, viste det seg at vi hadde lite kunnskaper på området.. Vi trengte mer trening i utførelse av forskningsintervju. Det ble klart for meg at det var lurt å ta et eller to prøveintervju om den aktuelle problemstillingen og få prøvd ut intervjuguiden. Jeg prøvde ut intervjuguiden på to av kollegene mine for å få testet den ut på forhånd.

Samtidig kan en intervjuguide være skadelig og kan føre til intervjueren blir opphengt i de nedskrevne spørsmålene og ikke klarer det Dahlberg et.al (2008) kaller «*immediacy in interviews*» (s.188). De mener med dette at intervjuer stiller umiddelbare spørsmål og oppfølgingsspørsmål til det informanten sier om fenomenet som blir studert. Selv om jeg hadde med intervjuguide brukte jeg den som et påminnesnotat og ikke som et skjema som måtte følges opp. Jeg fulgte ikke rekkefølgen på spørsmålene slavisk og den fungerte heller som en sjekklister i noen tilfeller.

I følge Dahlberg et.al (2008) er forholdet mellom intervjueren og den som blir intervjuet asymmetrisk. Det er intervjueren som fører samtalen og kontrollerer situasjonene. Det krever at intervjueren stiller åpne spørsmål slik at informanten kan gi detaljerte beskrivende svar på spørsmål som blir stilt. Dahlberg et.al (2008) sier : «*In an open dialogue interview the interviewee is engaged subjectively and is given a chance to express her/his unique experiences of the phenomenon of interest* (s185). Med dette mener de at ved å stille åpne spørsmål gir forskeren en del av makta til å styre intervjuet til den som blir intervjuet. Når dette skjer kan de som blir intervjuet bli mer engasjert og komme med nyttige opplysninger til studien. Dette kan føre til en slags balanse i forholdet mellom intervjuer og den som blir intervjuet. Det er med åpne spørsmål jeg har funnet svar på problemstillingen min. Dette har i de fleste tilfeller ført til at personene jeg intervjuet slappet av og ble mer engasjert slik at de kunne fortelle om alle nyansene rundt temaet. Jeg har på den måten oppdaget ny kunnskap om autonomi blant sykehjemsbeboere som jeg ikke har tenkt på.

3.3 Vitenskapsteoretisk ståsted:

Forståelsesformene i et kvalitativt forskningsintervju er knyttet til fortolkende teorier, der vi har ulike teoretiske retninger. For min studie vil jeg bruke en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Med hjelp av fenomenologisk tilnærming vil jeg samle inn forskningsdata og med en fortolkningsramme, som den hermeneutiske sirkel, kan jeg tolke datamaterialet som er samlet inn og skaffe den innsikt og forståelse om de fenomener som blir studert (Kvale og Brinkmann2010). Den hermeneutiske sirkel er en beskrivelse av en kontinuerlig sirkel der en går fram og tilbake fra deler til helhet og omvendt for å oppnå forståelse. Kvale og Brinkmann.(2010) skriver at det er ikke en sirkel men snarere en spiral som leder oss inn i en dypere forståelse av det vi skal forstå. Slik jeg forstår dette er dette en slags pendling mellom del og helhet i forsøket på å forstå begge deler best mulig. Når jeg forstår en del av virkeligheten om hvordan sykepleiere tar vare på beboers autonomi, påvirker det min oppfatning av helheten om hvordan sykepleiere med sine kunnskaper på dette området går inn i samhandlingen. Ny helhetsforståelse vokser fram og setter delen, eller delene, i et nytt perspektiv.

I følge Dahlberg et.al (2008) sier Husserl at når en skal forske i livsverden må en gå til saken selv. I mitt tilfelle må jeg gå til sykehjem og til sykepleiere som erfarer dette fenomenet i sin kliniske hverdag for å finne svar på min problemstilling. Vitenskapelige tradisjoner innen livsverden-forskning deles i to og de kalles «fenomenologisk tilnæringsmåte» som ble utviklet av Husserl og «hermeneutisk tilnæringsmåte» som ble utviklet av Heidegger (Dahlberg et.al 2008; 29). Når vi som forskere plasserer oss selv i en viss posisjon kan vi oppdage saken som et fenomen. Det er lettere å studere fenomenet når vi går til sakens naturlige verden, det er da vi kan se alle fakta rundt fenomenet (Dahlberg et.al 2008;29). Når jeg skal forske på min problemstilling vil jeg gå til hverdagen på sykehjemmet. Det er der jeg kan studere fenomenet rundt sykepleierens erfaring vedrørende beboers autonomi, og om det står i fokus hos sykepleiere som jobber der. Det er der jeg kan få fenomenet jeg skal studere synliggjort, slik at jeg kan oppnå en større forståelse.

3.4 Forforståelsen:

Gadamer sier at vi forstår ut i fra noe at vi alltid har en utgangspunkt, og han kaller dette fordommer (Dahlberg et.al 2008). Dalen (2011) sier at forforståelsen er de meninger og oppfatninger som vi har om et fenomen på forhånd. Det er Gadamer's fordommer som blir omtalt som forforståelse. Og min forforståelse i forhold til problemstillingen er at jeg er svært opptatt av eldre og at de skal få bestemme selv. Dette bunner ut i fra at jeg kommer fra en kultur og familiehierarki der eldre blir sett på som kloke, og der de eldre respekteres på en annen måte enn det jeg er vant med i Norge. Dette kan påvirke min dømmekraft og kanskje avsløre meg via kroppsspråk under intervju. For eksempel dersom noen av informantene sier at de ikke synes at det er viktig at eldre skal bestemme selv, men at det som er viktig for dem er at eldre blir «tatt vare på» av helsepersonell, så kan det føre til at jeg reagerer negativt og kanskje ikke klarer å lytte til hva informanten prøver å si meg om dette. En vil alltid ha en forforståelse i møte med informantene og det innsamlede datamaterialet som skal tolkes, og en må bruke sin forforståelse på en måte som gjør at den åpner mest mulig for informantens opplevelse av fenomenet og uttalelser (Dalen 2011).

Dahlberg et.al. (2008) skriver at det er viktig å gå inn med åpent sinn når en forsker innen livsverden. Når jeg er selvbevisst min forforståelse kan jeg kanskje gå inn med et objektivt sinn i forskningen. Min forforståelse er også det at jeg «regner» med at jeg blir møtt med andre verdier enn mine egne, og at jeg kan ta feil. Selv om jeg har erfart noe negativt når det gjelder sykehjems beboere sin selvbestemmelse er jeg klar over at det ikke kan generaliseres. Det kan også være slik at det negative blir synlig for meg hvis jeg går inn i forskningen med en forforståelse om at eldre sin selvbestemmelse blir krenket på sykehjem. Jeg vet at det er mange flotte sykehjem og helsepersonell som er opptatt av at den enkelte beboer får bestemme innenfor de rammer som er mulig. Jeg hadde en formening om beboere på sykehjem i liten grad har hatt mulighet til å bestemme i hverdagen, og at helsepersonell har en «bedreviter» holdning som er med på å krenke beboers autonomi. Dette synet bunner ut i mine tidligere erfaringer og opplevelser som har satt sine negative spor i forforståelsen min.

3.5 Hvor har jeg hentet empirien fra?

I fenomenologisk inspirerte studier hentes dataen fra noen få utvalg. Det er kun et kriterie for valg av informanter; det er at informantene må ha erfart fenomenet og kunne fortelle om sine erfaringer om dette (Polit og Beck; 523). Jeg har intervjuet fem sykepleiere, og har hentet mine informanter fra to forskjellige sykehjem. To informanter fra et sykehjem og tre fra det andre. Kriterier for å være informant som hadde jeg satt er at en har autorisasjon som sykepleier, og har minst fem års erfaring innenfor feltet eldreomsorg. Jeg kunne ha rekruttert fra begge kjønn, men der er få mannlige sykepleiere som jobber innen eldreomsorg, og det ville vært vanskeligere å skaffe informanter. Jeg ringte til enhetsleder på to tilfeldig valgte sykehjem. Når de viste interesse sendte jeg skriftlig informasjon (Velegg nr. 3) om prosjektet mitt og ba enhetslederne finne to informanter fra de respektive sykehjem som jeg kan intervjuer. Det ene sykehjemmet ga raskt svar tilbake, og allerede dagen etter jeg hadde sendt informasjon om studiet mitt fikk jeg to navn som jeg tok kontakt med. Begge sa at de var villig til å delta, så jeg sendte skriftlig informasjon samt skjema for samtykkeerklæring (vedlegg nr.4), som de skulle lese, skrive under, og sende tilbake til meg.

3.6 Presentasjon av utvalg:

Marit: Jobber på en korttidsavdeling med 6 - 8 beboere. Har lang erfaring fra spesialist- og t kommunehelsetjeneste. Har erfaring fra hjemmesykepleien og fra sykehjem. Har jobbet i store og små kommuner. Jobber nå i en liten kommune.

Kari: Jobber på en korttidsavdeling med 6 - 8 beboere. Har erfaring fra hjemmesykepleien og fra sykehjem. Jobber i en liten kommune. Har erfaring fra større og små kommuner.

Anna: Jobber i en liten skjerma avdeling med 6 – 8 beboere. Har lang erfaring innen eldreomsorg. Jobbet kun i kommehelsetjeneste. Har kun erfaring fra små kommuner og jobber nå en liten kommune.

Mona: Har erfaring fra kommunehelsetjeneste og jobber i en stor langtidsavdeling med 16- 20 beboere. Har erfaring fra store kommuner og jobber nå i en stor kommune.

Olga: Har lang erfaring fra kommunehelsetjeneste og jobber i en stor langtidsavdeling med 16- 20 beboere. Har erfaring fra store kommuner og jobber nå i en stor kommune.

Jeg har valgt å presentere sykepleiere som ble intervjuet med fiktive navn her og disse navnene kommer jeg til å bruke i oppgaven videre. Styrken i utvalget er at sykepleiere som ble intervjuet hadde lang erfaring innen eldreomsorg og kunne fortelle mye om temaet. Svakheten må være antall informanter og at alle informanter var kvinner.

3.7 Ethiske aspekter ved studien:

Før jeg begynte med selve rekrutteringen søkte jeg om tillatelse til å gjennomføre intervju hos informantene mine fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Siden studien min ikke går direkte inn på beboere/pasienter trenger jeg ikke å søke om tillatelse fra REK. Når jeg fikk klarsignal fra NSD (vedlegg nr.1 og 2) tok jeg kontakt med avdelingsledere for å rekruttere informanter.

Når en skal studere noe kan emnet føre til at det kan krenke noen av dem vi studerer, det er fordi vi går inn i privatområdet til enkeltmennesker (Jacobsen2010). Innen studieretningen Medisin- og helsefag er det Helsinki deklarasjonen som står sentralt, men i følge Jacobsen (2010) uavhengig av hva slags studieretning en har er der tre sentrale aspekter ved forskning en må passe på. Han nevner informert samtykke, krav til privatliv og krav til å bli korrekt gjengitt, som en må ha i bakhodet når en forsker i menneskers livsverden (Jakobsen 2010). Når jeg fikk bekreftet at noen ville være med i studien min sendte jeg dem skriftlig informasjon om studien og et informert samtykkeskjema (vedlegg nr.4). De fikk opplysning om at de når som helst kan trekke seg fra studien. Samtykkeskjema som jeg sendte til dem med ferdig frankert konvolutt kunne de skrive under på forhånd, og sende tilbake til meg før selve intervjuprosessen startet. Jeg informerte også om hvordan jeg hadde tenkt å oppbevare intervjumaterialet og hvordan jeg hadde tenkt å bruke det. For å verne om privatlivet fikk informantene selv velge hva de ville svare på av spørsmålene jeg stilte. Jeg var ikke nærgående når jeg intervjuet dem. Når jeg har renskrevet, tolket og nå presenterer intervjuene prøver jeg i størst mulig grad å gjengi slik informantene sa det.

3.8 Intervju prosessen:

Selvet intervjuene ble gjennomført individuelt på de respektive arbeidsplassene til informantene, med unntak av et intervju som ble gjort på grupperommet ved UiT. Hvert intervju varte fra 40 – 50 min. og i intervjuprosessen ble en semistrukturert intervjuguide brukt (Vedlegg nr.5). Intervjuet ble tatt opp på bånd, og under selvet intervjuet valgte jeg ikke å skrive ned notater siden jeg tenkte at det kan føre til at mitt fokus blir flyttet bort fra informantene. Selv om jeg brukte intervjuguide ble ikke den fulgt slavisk. Noen av spørsmålene ble besvart i forbindelse med tidligere spørsmål. I starten av intervjuene virket informantene litt nervøs, men slappet fort av og kunne komme med fyldige beskrivelser av temaet som ble spurt om. Selv om jeg hadde prøvd intervjuguiden på forhand var første intervjuet preget av jeg som intervjuer var nervøs, men i de senere intervjuene kunne jeg slappe mer av siden jeg følte at jeg mestret dette fint.

3.9 Transkribering av intervju:

Når jeg var ferdig med hvert intervju, skrev jeg ned noen ord om mine tanker om intervjuet og hva jeg syntes som kom frem i første omgang. Blant annet Polit og Beck (2012) sier at slike notater kan være verdifull senere i analyseprosessen. Intervjuene ble transkribert ordrett som tekst de påfølgende dager, når alle fem intervjuene var ferdig gjennomført. Polit og Beck (2012) vektlegger en korrekt og oversiktlig transkribering. Jeg valgte å skrive intervjuene i dialektform slik informantene sa det. Noe som ga meg fortrolighet til informantene og deres vektlegging av mening i teksten. Dette førte til at jeg fikk en nærhet til det ferdigskrevne materialet. Prikkede sekvenser ble lagt inn der det hadde vært små pauser. Lange pauser og latter ble registrert ved at jeg har notert dette i parenteser. Etter at intervjuene hadde blitt transkribert, ble hvert intervju lyttet til og lest samtidig for at jeg skulle kunne skape meg et helhetsinntrykk av teksten. Det ble også gjort korreksjoner på skrivefeil og feil oppfatning av det som ble sagt. Under intervjuene noterte jeg ikke ned verken de kroppslige uttrykk eller stikkord da jeg skulle være en aktiv lytter og ikke avlede informantens oppmerksomhet bort fra temaet. Som intervjuer og forsker var jeg oppmerksom på nonverbale aspekter som kroppsspråk, blikk, toneleie og vektlegging av ord med mer. Mine inntrykk under intervjuet kan ikke komme frem ved transkriberingen, noe som gjør at transkripsjonen bare er en del av intervjuet, samtidig som den danner grunnlaget for masteroppgaven. Men mine observasjoner var med på å bekrefte at det informantene sa, var det de mente. Informantens engasjement, ansiktsuttrykk, toneleie o.l bekreftet for meg at de var svært opptatt av temaet. Sykepleiere som ble intervjuet var opptatt av at eldre som bor på sykehjem skal bestemme selv, i den grad dette var mulig. Når transkripsjonen var ferdig satt jeg igjen med 65 sider med tekst.

3.10 Analyse av Empirisk materialet:

Jeg vil vise hvordan jeg gikk frem for å analysere mitt materiale og belyse temaene. Dette kan bidra til at leseren kan følge en rød tråd, for å forstå de valg jeg har gjort. Dette kan gi studien større troverdighet.

Transkripsjonsmaterialet fra mine fem intervju dannet grunnlaget for min videre analyse og fortolkning. Graneheim og Lundman (2004) sier at intervju som er store nok til å se en helhet og samtidig små nok til at de huskes gjennom hele analyse prosessen egner seg for kvalitativ innholdsanalyse. Siden jeg har kun fem intervju, og har lyttet til lydopptakene flere ganger underveis i prosessen gjorde dette at jeg fikk en nærhet til det enkelte intervju.

Jeg hadde i forkant av intervjuene skaffet meg kunnskaper om forskjellige analyse metoder. Jeg ble inspirert av Graneheim og Lundman (2004) sin artikkel om kvalitativ innholdsanalyse og valgte tidlig å bruke dette i analyse prosessen. Det fins et mangfold av muligheter for fortolking av et datamateriale. Det var ikke lett å forstå denne artikkelen ved første lesing. Jeg skaffet meg også en artikkel skrevet på svensk der Graneheim og Lundman skriver om dette temaet (Granskär and Höglund-Nielsen 2008) som har vært til god hjelp for å forstå analysetrinnene.

Analyse prosessen:

Den transkriberte teksten ble analysert med tematisk innholdsanalyse med inspirasjon fra Graneheim og Lundman (2004). Tekstene ble lest og hørt flere ganger for å få en oversikt. Meningsbærende enheter ut i fra problemstillingen ble tatt ut av teksten og plassert i et skjema. Når alle meningsbærende enheter ble hentet ut ble de abstrahert en gang i neste kolonne og fikk navnet kondensert meningsbærende enhet. Deretter ble de abstrahert enda engang slik at jeg satt igjen med en setning som beskrev hele meningsbærende enheten og dette ble kalt kode. Disse kodene ble eksportert til en ny kolonne. Ut i fra disse ble kategoriene som beskriver meningsbærende enheter formulert. Ut i fra disse kategoriene ble tema utviklet.

Kvalitativ innholdsanalyse er mye brukt innen sykepleieforskning da den kan få frem en bred beskrivelse av det fenomenet en ønsker å utforske (Polit og Beck 2012). Jeg ønsket å få frem fylldige tema i mine data som beskrev fenomenet på en slik måte at jeg kunne utvikle min forståelse. Jeg var ute etter hvilken mening mine informanter formidlet og hvorfor de sa dette. Ved å lese teksten flere ganger skaffet jeg meg en helhetlig forståelse. Deretter ble meningsbærende enheter hentet ut av intervjueteksten og ble lagt i et skjema. Graneheim og Lundman (2004) beskriver en meningsenhet som setninger eller ord som har betydning for det innhold og den kontekst du undersøker. Jeg valgte å sette alle meningsbærende enheter fra hvert intervju i hvert sitt skjema for å få en oversikt og ryddighet slik at jeg kunne jobbe videre.

Når alle meningsbærende enheter ble tatt ut ble de kondensert og abstrahert samtidig som de inneholdt essensen i den meningsbærende enheten. De ble plassert i samme skjema, ny kolonne og fikk navnet kondensert meningsenhet. Videre arbeid besto av å kode materialet. En kode blir til når en abstraherer en gang til og tar ut typiske trekk som kan ses på som en etikett for meningsbærende enheten. Kodene blir til et verktøy som gjør at dataene kan ses på andre måter og gir mulighet for fortolkning (Graneheim og Lundman, 2004). Neste trinn for meg var å finne kategorier i de meningsbærende enhetene. Kategorier slik jeg forstår Graneheim og Lundman (2004) er en fortolkning av meningsinnholdet i tekstene som er åpenbart og fortsatt beskriver essensen i en tekst. Jeg tenkte nøye gjennom hvordan jeg ville arbeide videre. Å finne kategori ut i fra kodene resulterte i at jeg måtte tilbake til tekstene for å friske opp helheten i materialet slik at jeg kunne abstrahere kodene for å finne kategorier som beskrev de aktuelle meningsbærende enhetene.

Temaene ble løftet frem som et resultat av den prosess som jeg var gjennom og min rolle som forsker førte til at jeg måtte utfordre min forforståelse for å finne hva som er den egentlige meningen bak utsagnene som informantene kommer med. Det ble litt vanskeligere enn jeg trodde. Dette førte til enda en gjennomgang av tekstene slik at jeg kunne komme videre i arbeidet med å finne temaene som kom fram av kategoriene. Å finne de temaene som jeg mener representerer de meningsbærende enhetene førte til en ytterligere fortolkning av materialet. Graneheim og Lundman (2004) viser til at et tema kan ha latente innhold i teksten eller med andre ord den underliggende meningen i teksten. Ut i fra kategoriene ble noen sentrale tema synlige for meg. Enda en kolonne ble laget i samme skjema og temaene som omhandlet kategorien ble notert der (Se tabell 1). I tabell 1 viser jeg noen eksempler fra

analyseprosessen for å belyse hvordan jeg har kommet frem til noen av de tema som jeg presenterer i oppgaven.

Meningsbærende enheter	Kondensert meningsbærende enhet	Koding	Kategori	Tema
vi prøve ikke å sykeliggjøre eller gjøre folk til et kasus bare fordi dem har vært nødt å flømte inn i et hus der det bor mange andre gamle.	Ser ikke på beboere med medisinske diagnoser fordi de er syk og måtte flytte inn på sykehjem, men som personer.	Viser respekt for den gamle og viser forståelse for demmes livssituasjon.	Fokus på personen og ikke på sykdommen	Personsentrert omsorg
Det har noe med at Her bestemme faktisk du, men du får ikke lov å bestemme om du får ha golvteppe på golvet, for det e det andre ting som avgjør. Så det e heile tida en avveining i forhold til lova og regla...(brannsikkerhet).. og, ka e skal sei..!	Beskriver at selv om en er herre i eget rom på sykehjem er det en del restriksjoner som i følge av å bo på sykehjem som å ikke får lov å ha golvteppet på rommet.	Av hensynet til sikkerhet blir det vanskelig å gjøre som en er hjemme.	Sykehjem som institusjon som begrensning.	Institusjon som begrensning
For det har vært autoritetspersona i min barndom. Så den autoriteten tar eg selvfølgelig med meg i min holdning til dem når dem e blidd gammel og syk.	Sykepleieren sin kjennskap fra tidligere til en del beboere som autoritert personer fra bardommen påvirker holdningen	Tidligere kjennskap som påvirker holdningen til sykepleieren	Kjennskap er viktig og påvirker holdningen til vedkommende	Personsentrert omsorg

<p>utgangspunktet så skal jo alle, mene jo æ da, få lov til å bestemme over sitt eget liv, så langt det lar seg gjøre.</p>	<p>I utgangspunktet skal alle få lov til å bestemme over sitt eget liv, så langt det lar seg gjøre</p>	<p>Så langt det går skal alle bestemme selv, men viktig å ta avgjørelser når en ikkeklarer dette selv</p>	<p>Bestemme selv, men viktig å bestemme for de som ikke klarer dette.</p>	<p>Handler om omsorg</p>
<p>... Men så e det jo når av de her gamle, dem skal jo ikkje plage når. Dem skal jo ikkje være til bry. Så det kan jo... prøve å forklare til dem at vi e jo gjensidig avhengig av kvarandre. Hvis ikke dem trengte oss, så hadde jo ikkje vi en jobb. Det syns æ jo elitt viktig å formidle.. «Det e jo ikkje bare du som træng mæ, men æ treng også dæ. For det at du e her, gjør at æ har et levebrød!»</p>	<p>Noe av de eldre her vil jo ikke være til bry for noen. De vil ikke plage noen. Vi prøver å forklare til dem at vi er gjensidig avhengig av hverandre. Hvis de ikke trengte oss, så hadde vi ikke en jobb å gå til. Det syns jeg at det er viktig å formidle. «Det er ikke du som trenger meg, jeg trenger også deg. Fordi du er på sykehjemmet gjør at jeg har et levebrød</p>	<p>Det er viktig å presisere over for beboere at det er gjensidig avhengighet i pleier og beboer relasjonen for å få beboere til føle at de ikke er til bry.</p>	<p>Beboers initiativ i hverdag kan økes ved fokus på gjensidig avhengighet</p>	<p>Empowerment</p>

Tabell 1.

Det er det empiriske materialet som har hovedtyngde i analyse prosessen. Informantene sine opplevelser og erfaringer som de beskriver som har ledet analysen fremover, uten at en teoretisk forståelse i forkant som referanseramme. Styrken ligger i selvet datamaterialet, men blir senere festet gjennom teorier som jeg mener passer til temaene som kommer fram. Siden jeg forsket i mitt eget felt har jeg latt rokke ved min forforståelse hele veien, og utfordret min forståelseshorisont. Jeg har søkt til ulik litteratur for å finne perspektiver som har hjulpet meg å løfte mine data til et annet nivå og gitt meg bedre forståelse av beboers autonomi på sykehjem. Thagaard (2013) sier ” *Den induktive prosessen innebærer at vi jobber fra data til begreper eller utvikling av teori*” (s. 187). Under skriveprosessen erfarte jeg en videreføring av analysen som innebar lesing av teori, diskusjoner, samtidig hele tiden gikk tilbake til intervjueteksten i en kontinuerlig bevegelse mellom del og helhet som beskrevet i den hermeneutiske sirkel for å bedre min forståelse.

Noen tanker rundt empiri, analyse og drøfting

Det empiriske materialet i studien har vært mine fem informanternes beskrivelser av erfaringer og opplevelser av beboers autonomi i sin kliniske hverdag. De har velvillig og med fyldige fortellinger beskrevet hvordan de opplever og erfarer beboers autonomi i hverdagsaktiviteter. Styrken i empirien er at det er et rikt materiale av fyldige beskrivende karakter. Selv om det er bare fem intervju føler jeg at informantene har gitt meg rikt datamateriale som jeg kunne arbeide videre med for å finne svar på problemstillingen min. Svakheten kan være at siden jeg er amatør i bruken av intervju som metode, føler at i enkelte tilfeller burde ha kommet med oppfølgings spørsmål for å gå dypere i beskrivelsene.

Jeg har redegjort for min dataanalyse prosess i kapittel 3.10. Graneheim og Lundman (2004) viser til at virkeligheten kan tolkes på ulike måter og en tekst kan inneholde flere og ulike meninger. Jeg er bevisst på at de valg jeg har gjort som forsker underveis, som har bidratt til de funn jeg sitter igjen med. Selv om min intensjon var å være en forsker i feltet, har jeg hatt med meg egne erfaringer og min forforståelse som har vært avgjørende for hvilken fokus min studie har.

Studiens generaliserbarhet er begrenset på grunn av lite utvalg av informanter og konsentrerer om et spesifikt fagfelt. Siden jeg har brukt en del teoretiske perspektiver for å belyse sykepleiere sine erfaringer og opplevelser av fenomenet beboers autonomi på sykehjem mener jeg at studien kan generaliseres i den grad den har noe generelt ved seg som kan gjelde andre faggrupper som jobber med eldreomsorg både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Bruk av sitater fra mine informanter underveis i det skriftlige arbeidet, tenker jeg gir direkte informasjon fra feltet og gir stemme til informantene i studien. Det gjør at informantenes utsagn lar seg sammenligne med mine fortolkninger og kan gi leseren mulighet for å følge mine resonnementer (Tjora 2013).

4.0 Presentasjon av funn og diskusjon:

I dette kapitlet har jeg valgt å presentere funnene som kom fram i studien. Jeg vil diskutere disse fortløpende, med aktuell forskning og teori i presentasjonen av hvert enkelt funn. Jeg har valgt å gjøre det slik, da jeg mener det blir mer oversiktlig for leseren fordi en ikke trenger bla fram og tilbake mellom funn og diskusjon.

Sykepleierne i studien beskriver store variasjoner i sykehjemshverdagen, og variasjoner i sammensettingen av beboere på sykehjemmene. Noen klarer å si fra og kan formidle sine ønsker og behov. Både personligheta til beboeren og grad av kognitiv tilstedeværelse spiller inn i hvilken grad beboere klarer å formidle sine ønsker og behov. Når beboere ikke klarer å formidle disse, blir det sykepleierens ansvar å tolke og handle i god tro om det som er rett for beboeren. Dette fører til store utfordringer hos personalet når de skal vurdere om beboeren kan være med å bestemme, i dette tilfellet i hverdagen. *”Vi har ei dama på nesten hundre år.. eller vi har to dame på nesten hundre år som e heilt oppegåanes, heilt lynanes klar i hodet og ei som ikke har nåkka problem med det dem formidle av ønska og spør og etterlyse og.. mens vi har også en mann som som e litt meir forsiktig og usikker og ikke fullt så kognitivt tilstede, så.. det variere veldig både på personlighet og kognitive tilstand”* (Marit). Hun sier at det er variasjoner i beboers evne til å uttrykke ønsker og stille krav. Noen er flinkere til dette og er klar i hodet, mens andre er litt mer forsiktig og lider av kognitiv svikt.

Sykepleierne sier at de fleste som jobber på sykehjem er opptatt av å bevare autonomien hos beboere uavhengig av utdanningsbakgrunn. *”Det e mer forskjell på personer enn det e på profesjona. Profesjonsmessig kan e ikke tenke at det e mer eller mindre, det går mer på personligheta”* (Marit). Hun sier at det er ikke hvilken profesjon helsepersonell har som avgjør med tanke på å bevare autonomien. Det er mer avhengig av hvilke personligheter og verdier vedkommende har. Har en respekt for beboeren og ser vedkommende som en person som må taes med på avgjørelser som angår den selv, blir retten til å medvirke ivaretatt. Dersom helsepersonell ser på sykehjemsbeboeren som inkompetent og seg selv som kompetent til å ta avgjørelser, blir beboeren overkjørt og hensynet til beboers medvirkning ikke ivaretatt. Marit sier videre at synet på den eldre person som bor på sykehjem påvirker i stor grad hvordan helsepersonell behandler vedkommende. Marit trekker fram holdninga til den andre og sier *”Men det har nok nåkka med grunnholdninga mi, som menneske. For har*

du respekt for andre menneska, så har du det, og da bevare du også demmes autonomi i møte med dem” (Marit).

Allerede tidlig i analyseprosessen kunne jeg tydelig se sykepleierne trekke fram positive faktorer som fremmet beboers autonomi, og uheldige faktorer som hemmet beboers autonomi. Det ble også synlig for meg at sykepleiere som ble intervjuet var opptatt av dette temaet og de trakk fram flere positive faktorer som fremmet beboers autonomi, enn uheldige faktorer som hemmet beboers autonomi. Analyse av datamaterialet viser at graden av beboers autonomi påvirkes av forskjellige faktorer som størrelsen på avdelingen, bemanning, størrelsen på kommunen og lignende. Sykepleiere hadde også en mere praktisk og relasjonell forståelse av autonomi begrepet enn det Beucahamp og childress sin idealforståelse av begrepet. Jeg mener sykepleierne er opptatt av god omsorg ved å la den gamle personen bestemme i den grad dette er mulig i hverdagen.

Av sentrale funn som jeg kunne finne har jeg valgt å presentere disse fire:

- 1) Faktorer som fremmer beboers autonomi
- 2) Faktorer som hemmer beboers autonomi.
- 3) Graden av beboers autonomi er avhengig av konteksten.
- 4) Det handler om omsorg.

4.1 Faktorer som fremmer beboers autonomi:

Samtlige sykepleiere definerer beboers autonomi som deres rett til å bestemme over sin kropp og deres liv. De sier at de er opptatt at beboere skal bestemme selv, men opplever at autonomi ikke alltid er mulig for beboerne.

Slik jeg ser det, er dette positive faktorer som fremmer beboers autonomi.

- Personsentrert omsorg.
- Empowerment.
- Svak Paternalisme.
- Løsningsorientert sykepleie.

Når sykepleieren møter sykehjemsbeboeren blir det viktig å sette den enkelte beboeren i fokus. Ved hjelp av beboers livshistorie og gjennom samtale kan sykepleiere få tak i kunnskap om beboeren, hans opplevelser, erfaringer, tanker og følelser knyttet til sin egen situasjon. Sykepleiere må ha med seg holdninger som respekt for den andres historie, genuin interesse for den eldre personen og kunne sette den andre i fokus. Sykepleieren kan med det få tilgang til den andres livsverden. Gjennom dialog kan sykepleieren skaffe seg kunnskaper om de levde erfaringer. Dette kan hjelpe å forstå de valg som beboeren selv tar og kan også hjelpe sykepleieren som må foreta valg på vegne av beboeren. Sykepleiere må bruke faget sitt i møte med den gamle personen. Gjennom forhandling, fokus på gjensidig avhengighet mellom sykepleier og sykehjemsbeboer, fokus på hjem og hjemlighet kan sykepleiere bemyndige den svake, gamle, hjelpetrengende personen. Dette slik at den gamle kan komme med ønsker og stille krav til det som angår vedkommende selv. Slike strategier ser ut til å ha positive innvirkninger på beboers autonomi på sykehjem. Jeg vil nå gå inn i hver enkelt faktor som fremmer beboers autonomi på sykehjem.

4.1.1 Personsentrert omsorg

Samtlige informanter snakker om personsentrert omsorg som en viktig faktor som fremmer beboers autonomi på sykehjem. Selv om de ikke direkte bruker ordet personsentrert omsorg kunne jeg høre at det var dette de snakket om når de hadde fokus på det levde livet, kjennskap til beboeren og ha personene i fokus i stedet for diagnosene som var årsaken til at de måtte på sykehjem. Å se personene bak sykdommen hjelper sykepleiere med å tilpasse omsorgen og hjelpen som gis til den enkelte beboer. Dette fører til den eldre som bor på sykehjem kan bli mer respektert. Personsentrert omsorg resulterer i beboere som får valgmuligheter, og pleiere blir tvunget til å høre hvordan den enkelte vil ha det. Mona sier det slik: *”vi kjenne jo brukeran våres så godt, og det e en fordel, for æ kan tenke at okei, han Jens når han sir at han ikke vil dusje så vente æ ti minutt så har han ombestemt seg.. Mens ho Jendine, hvis ho sir at ho ikke vil dusje, så får æ ikke ho i dusjen i dag. Det e nåkka med den kunnskapen, den tause kunnskapen du sitt inne med, den kompetansen i forhold til personligheta tell beboeran, den gjør at du lettere kan bevare autonomien demmes. Og veit kor du.. kor du foretar overtramp hvis du presse på, og kor du kan presse på uten at det blir feil i forhold til beboeren”*. Det er en fordel at personalet kjenner beboere godt. Når enkelte beboere nekter hjelp vet personalet hva de skal gjøre ut i fra kjennskap og tidligere erfaringer. Det nytter ikke å overtale enkelte beboere når de har bestemt seg, men der i mot andre beboere kan være lettere å overtale.

Personalets tause kunnskap om beboere kommer til nytte når slike individuelle hensyn skal tas og beboers autonomi blir i vare tatt. Denne kunnskapen gir personalet mulighet til å vurdere hvor grensa går hos den enkelte og avverger overtramp i dagliglivet ifølge Mona.

Fokus på personene og ikke på diagnoser:

« Derfor har æ sagt at.. det e greit at man må ha en diagnose for å komme på skjerma. Men samtidig.. samme det.. diagnosen... det e personen du skal se.. diagnosen den e... personen og de behovan han eller ho har..» (Anna). Det er slik at hvis en person skal bli innlagt på skjermet avdeling på sykehjem må vedkommende ha blitt utredet og fått diagnosen først. Anna sier at helsepersonell må være opptatt av å se personen bak sykdommen og behovene vedkommende har som person. Slik jeg tolker henne mener hun at det er viktig for personer med demenssykdom å bli sett og hørt, som kan gi en følelse av å bli respektert. Kitwood (2006) legger også vekt på at det er viktig å se personene bak sykdommen når han snakker om personene med demenssykdom. Jeg mener uansett hvilken diagnose en har er det viktig å se "Personen" bak sykdommen og bak det ytre som er synlige for oss sykepleiere. Selv om beboeren har en diagnose er måten sykdommen rammer en på individuelt. Ved å fokusere på personen kan vi som sykepleiere skaffe oss kunnskaper om hvilke særtrekk vedkommende har. Dette fokuset kan også bidra til at beboeren føler seg respektert og kan være åpen og komme med ønsker og formidle sine behov bedre enn han eller hun ellers ville ha gjort.

Levde livet:

Når nye beboere kommer til avdelingen blir det gjennomført inntakssamtaler med beboer og/eller pårørende. Der blir den nye beboers ressurser, behov, ønsker og preferanser kartlagt og dette innarbeides i individuelle pleieplaner. Slike tiltak er med på å fremme beboers autonomi på sykehjem. Når beboeren ikke klarer å formidle disse, er pårørende viktige samarbeidspartnere. Når nye beboere flytter inn må det bevisstgjøres at de har innflytelse på egen hverdag og at krav kan stilles uten at dette får konsekvenser for pleien de mottar. Marit sier det slik "og det e jo særlig viktig for de med kognitiv svikt at vi har referansepunkta til fortida sånn at vi vet når de snakke om ting, så vet vi ka de snakke om. Vi e jo også.. (stedsnavn) og (stedsnavn) e i utgangspunktet samiske bosetninge, og vi har enda bygde som e prega av.. ikkje samisk kultur.. men kor når menneska har samisk som morsmål. Ikkje sant. Og når da den kognitive svikten kommer inn, så forsvinn det norske, og de snakke samisk.

Sånn at vi veit nåkka om at det e en reell mulighet for at det kan skje med personen.. ”. Hun trekker fram hvorfor det er viktig å ha referansebakgrunn for sykehjemsbeboere som har en kognitiv svikt. Marit trekker frem at for eksempel personer med samisk bakgrunn som blir rammet av kognitiv svikt kan glemme det norske språket og kanskje kun forstår det samiske språket når de blir syk. Hun trekker også fram at det er viktig å ha referansebakgrunn for å forstå adferdsendringene som kanskje vil komme på grunn av demensutvikling.

Jeg vil støtte meg til Kitwood og mener at dersom pleierne klarer å se sammenhengen mellom pasientenes levde liv og dagens situasjon, kan dette bidra til større forståelse av beboers valg og gjøre det lettere å respektere deres valg og ønsker. Imøtekomme individet på en slik måte kan gi følelsen av respekt og likeverdighet som igjen virker positivt inn på livskvalitet. Personsentrert omsorg kan også bidra til nære relasjoner mellom beboere på sykehjem og personalet som jobber der. Dette kan igjen føre til økt forståelse for ønsker fra beboere og ivareta selvbestemmelsen den enkelte.

Sørby et.al (2011) sin studie forteller om enkelte beboere som blir intervjuet at de ikke er sikker på om personalet kjenner til deres livshistorier. Selv om de har hatt et langt liv som var full av historier var det lite rom for å fortelle. Beboere opplevde at personalet hadde lite tid til slike samtaler. På steder hvor personalet ikke prioriterte å samle inn livshistorier hadde ikke beboere store forventninger til pleiere. Det er heller ikke en rutine på alle norske sykehjem og benytte disse i hverdagen (Sørby et.al 2011). De to sykehjemmene som var med i studien hadde det som rutine at når nye beboere ble innlagt, ble informasjon om deres levde liv samlet og gjort tilgjengelig for personalet, i følge informantene. Dette er positivt da dette kan være hjelp til helsepersonell å se personene som blir innlagt på avdelingen.

Kjennskap til beboeren fra tidligere.

”For det har vært autoritetspersona i min barndom. Så den autoriteten tar eg selvfølgelig med meg i min holdning til dem når dem e blidd gammel og syk” (Marit). Marit beskriver hvordan hennes holdning blir påvirket av hennes kjennskap til beboere fra tidligere. De som har vært autoritetspersoner når hun var barn behandler hun med respekt og verdighet. Den tidligere kjennskapen fører, ifølge Marit, til at de når kommer på sykehjem, gammel og syk blir de tatt med på avgjørelser og dette bidrar til større mulighet for autonomi i hverdagen.

” det betyr masse for dem at dem kjenne oss fra før når dem kommer inn hit. Det e ofte med på å ta den verste bøygen for dem, det her å komme inn på sykehjemmet, så e det tross alt nå som kjenne dem, at dem ikke må bynne heile veien med å bli kjent og forklare hele livshistoria på nytt.. for det e jo.. ” (Kari). Kari forteller at når de eldre kjenner personalet fra tidligere blir det lettere for dem å flytte inn på sykehjem. De slepper å fortelle alt på nytt og siden de kjenner personalet fra tidligere kan det føre til at de mer tør å spørre om hjelp og legge fram sine ønsker og behov. Samtidig er det lettere for personalet å legge til rette for den nye beboeren hvis ved kommende pleier for eksempel har jobbet i hjemmesykepleien og kjenner den nye beboeren en stund før innflytting i sykehjem.

” I min spede begynnelse som sykepleier, da fikk vi ei dama som æ kjente til fra.. æ hadde kontakt med ho som barn. Ho jobba i helsevesenet, ei flott fin dama. Alltid velkledd og velstelt og flott. Også kom ho hit som dement. Og ting hadde forandra seg til det motsatte. Æ prøvde alltid å ta tilbake til det æ huske ho som, det va no ikkje alltid like vellykka da – men æ prøvde å ha ho i... Her e ho.. Fru A fortsatt. Så.. det va nok absolutt en fordel at æ hadde kjent ho som ei heilt annen dame, som den ho egentlig va.. ” (Anna). Anna sier at tidligere kjennskap til beboeren kan hjelpe personalet å se dem, som personer slik de var før. Når demenssykdommen rammer kan tidligere kjennskap til personen være med å bevare identiteten til vedkommende.

”Jeg tror at våre følelser er det viktigste grunnlag for våre moralske oppfatninger. Men en handlings moralske verdi svarer ikke direkte til styrken av våre følelser. Således spiller avstand en rolle” (Tranøy 1978; 124). Tranøy trekker frem her noe viktig som virker inn på vår evne til å reagere og handle i enkeltsituasjoner. Våre følelser blir påvirket av vår nærhet til vedkommende. Når vi hører om en gammel person som lider under uverdige forhold på sykehjem i Romania blir vi ikke like sterkt engasjert som om dette skjedde i Oslo. Hvis dette

var en person som du personlig har hatt kjennskap til blir følelsene ganske sterke og påvirker ens evne til å reagere og handle ganske sterkt. Jeg mener at det er slik i små kommuner; når helsepersonell har hatt tidligere kjennskap til beboere, som blir innlagt på avdelingen de jobber på, kan det være med å påvirke måten de behandler vedkommende på. Fordi de er følelsesmessig engasjert i vedkommende. Dette kan bidra med å bevare autonomien til sykehjemsbeboeren mer enn det ellers ville ha gjort. Henriksen og Vetlesen (2006) sier at det er viktig at sykepleiere har nærhet til beboeren for å forstå den gamle og være empatisk med vedkommende. Nærhet kan blinde oss i enkelte tilfeller, og de sier videre at avstand er også viktig, da den kan hjelpe å ta hensyn til rettferdighet siden sykepleieren også har ansvar for mange andre beboere. Avstanden kan hjelpe sykepleieren til å ta faglige vurderinger i situasjoner og drive faglig forsvarlig praksis (Henriksen og Vetlesen 2006).

Alle informanter trekker frem en eller annen forklaring på hvordan personsentrert tilnærming til beboeren kan være med å bevare autonomien til sykehjemsbeboere. Som jeg har nevnt tidligere det er flere strategier de bruker for å ha personsentrert tilnærming til sin beboer på avdelingen de jobber i. Tidligere kjennskap til beboeren hjelper personalet med bevare et bilde av den hjelpetrengende personen som en uavhengig autoritets person som var autonom og et autonom individ. Å se personene bak sykdomsdiagnoser tvinger personalet til ta beboere med i avgjørelser som angår dem selv. Personhistorier blir samlet opp når nye beboere kommer inn på avdelingen og disse blir gjort tilgjengelig til personalet som jobber på avdelingen. Historier om den enkelte blir brukt i dagliglivet og for å kjenne den gamle personen.

Brenden McCormack (2003) beskriver personsentrert omsorg som et av sentrale konsepter når vi snakker om autonomi blant sykehjemsbeboeren i en tid der eldre føler sin uavhengighet er truet. Personsentrert tilnærming krever at sykepleiere beboers rett til selvbestemmelse som et fundamental menneskerett i hverdagen (McCormack 2003). Sykepleiere viste med sine beskrivelser hvordan fokuset på personene før diagnoser, levde livet til beboeren og tidligere kjennskap påvirker positivt beboers autonomi på sykehjem. Jeg mener at det er i tråd med begrepet personsentrert omsorg og disse faktorer som de nevner fremmer beboers autonomi på sykehjem. Rokstad (2006) skriver at i tillegg til nært kjennskap til beboeren er det også viktig at sykepleieren viser delaktighet i samhandlingen med beboeren, bekrefte og respektere beboers vilje og reflekterer over handlingsvalg ut i fra sitt kjennskap til beboeren.

4.1.2 Empowerment.

Sykepleierne beskriver sykehjemsbeboere som svake og hjelpetrengende. Beboere stiller ikke krav og kommer med ønsker i den grad sykepleierne ønsker. De bruker noen strategier for å få dem til være med å bestemme i hverdagen. Gjennom fokus på gjensidig avhengighet, forhandling og fokus på hjem og hjemlighet fremmer sykepleiere ønske om at beboere skal ta del i avgjørelser og setter beboers autonomi på sykehjem i fokus. Ut i fra teorien tolker jeg disse kategoriene som empowerment. Empowerment krever at sykepleiere har holdninger som ser sykehjemsbeboere som kompetente, deltakende, selvbestemmende og likeverdige. Dialogen mellom sykepleier og beboere må være herredømmefri dersom en skal følge empowerment tenkningen. Sykepleieren skal være en ressurs som beboeren kan bruke for å nå sine mål (Askheim, Starrin et al. 2007).

Fokus på gjensidig avhengighet.

Ifølge Haukelien, et.al (2011) opplever sykepleierne som ble intervjuet at beboere ikke vil være til bry og at de er takknemlige for den hjelpen de får. Anne sier det slik:

” ... Men så e det jo når av de her gamle, dem skal jo ikkje plage når. Dem skal jo ikkje være til bry. Så det kan jo... prøve å forklare til dem at vi e jo gjensidig avhengig av kværandre. Hvis ikke dem trengte oss, så hadde jo ikkje vi en jobb. Det syns æ jo e litt viktig å formidle.. «Det e jo ikkje bare du som træng mæ, men æ treng også dæ. For det at du e her, gjør at æ har et levebrød!» ” (Anna). Anna beskriver at de eldre vil ikke plage noen, de vil ikke være til bry. Da sier hun til beboere at hun er avhengig av dem og de er grunnen til at hun har et levebrød og fokuserer på gjensidig avhengighet. Slik jeg ser det, ved å fokusere på gjensidig avhengighet bemyndiger Anna sykehjemsbeboeren og vil at beboeren skal være med å bestemme, komme med ønsker. Melheim og Hauge (2010) sier at pleiere må gi muligheter for beboere på sykehjem til vise seg fram og komme med ønsker slik at beboernes integritet og verdighet kan ivaretas ved å fokusere på gjensidig avhengighet. Anna har et humanistisk menneskesyn (Norheim 2006) og viser respekt for den gamle sykehjemsbeboeren. Hun involverer og inviterer beboeren til å være med å bestemme i hverdagen i tråd med Norheims (2006) beskrivelse av Empowerment begrepet.

Kari sier ” *Nei ikke sjenert men dem skal ikke være til bry, det heng fra gammelt av at dem ska ikkje være til bry for nån, vi skal ikke ha nåkka bryderi med dem. Som æ sa til dæ i stad at vi må ofte læse pasientan litt og legge ordan i munnen på dem* ”. Kari opplever også beboere som ikke vil være til bry, da må helsepersonell lese beboeren og legge ord i munnen på dem slik at de kan komme med ønsker. Haukelien et.al (2011) kaller disse beboere; «De tause beboere». De stiller lite krav, har problemer med å artikulere ønskene og er takknemlige. Forfatterne sier videre at personer med demens også kan komme under begrepet «tause beboere», da er det pleiere som må lese, se og forstå hva de egentlig vil. Det er fare for misforståelser og mistolkninger når sykepleieren skal ”lese” og tolke beboerens ønsker (Haukelien, et al. 2011). Ved å kjenne beboeren og ha nok kunnskaper om vedkommende kan sykepleiere lese beboeren og finne ut om en har lyst å stå opp akkurat nå eller egentlig vil ligge litt lenger. Jeg mener når sykepleieren ”leser” beboeren rett og legger de ”riktige” ordene i sin munn bemyndiger hun beboeren slik at de får være med å bestemme i hverdagen.

Fokus på hjem og hjemlighet.

Fokus på hjem og hjemlighet kan fremme beboers autonomi i følge informantene. Tre av sykepleierne forteller at ved å fokusere på at det er deres hjem klarer de å få beboere til å føle seg trygg og beboere blir stimulert til å være med å bestemme i hverdagen. De sier at når nye beboere kommer til sykehjemmet kan de være litt forsiktig og ikke vil være til bry. De er stille og krever ikke så mye fra personalet.” *Men det e litt viktig syns æ for min del at dåkker e dåkkers egen person og dåkker bor no her under litt meire oppfølging enn, forhåpenligvis, enn når dåkker bodde aleina, men at det e dåkkers heim no...*” (Anna). Det er viktig for Anna å presisere overfor nye beboere at de bor på sykehjem fordi de trenger mer hjelp og at de må gjøre som de ellers ville ha gjort det hjemme. Ved å fokusere på at det er hjemmet deres setter Anna seg i en posisjon der hun omdefinierer sin arbeidsplass til et hjem, nemlig det nye ”hjemmet” til den syke og gamle personen. Jeg mener at dette er å bemyndige den nye beboeren og få den til å føle seg hjemme og oppfordre han eller henne til å være med å bestemme i hverdagen.

Marit sier *”Sånn som vi jobbe så jobbe vi veldig mye med å bevare autonomien hos de som bor hos oss. Vi har fokus på at det e demmes hjem og det e der dem skal være resten av livet”*. For å bevare autonomien hos sykehjemsbeboere er det viktig å ha fokus på at det er beboers hjem framfor at der er en arbeidsplass eller en institusjon. I følge Marit er personalet opptatt av å ha dette i fokus og det bidrar til at personalet blir nødt til å spørre beboere først og ta hensyn til beboeren når de kommer inn på beboers rom. Hver enkelt beboers rom blir respektert som deres hjem og beboere har også mulighet for å ta med personlige eiendeler for å markere at det er deres hjem.

Kari som jobber både i hjemmesykepleien og på sykehjemmet sier at det kan være forskjell på hvordan helsepersonell opptrer ovenfor eldre om vedkommende bor hjemme eller på sykehjem. *”Men der blir det litt annerledes igjen, for der går æ fram på en heilt annen måte. Nettopp fordi at dem bor hjemme, og dem har.. altså vi skal ikkje trække dem på tærne, men allikavel så e det jo den samme respekten og tankegangen vi burde ha når dem kommer inn hit. Men da e det litt sånn at det e våres arbeidsplass, og vi jobbe her og liksom og vi må møtes på halvveien både vi ansatte og brukeran..”* (Kari). Det er ikke samme respekten når eldre bor på sykehjem som når de bor hjemme. Kari opplever en forskjell når de flytter inn på sykehjemmet og forteller at det blir en kompromiss mellom helsepersonell og den eldre der de møtes på halvveien. Det er også en form for forhandling, deling der Kari sier at begge gir litt for at den som flytter inn på sykehjem får en fornemmelse av hjemlighet. Kari reflekterer samtidig over at det er samme tankegangen en burde ha om en bodde hjemme eller på institusjon. Slike refleksjoner er viktig og kanskje kan føre til endringer i praksis.

Hauge (2004) påpeker, for at beboere skal føle seg trygg, ha tilhørighet til og for å oppleve trivsel på sykehjemmet er det viktig at det er fokus på hjemlighet i sykehjemmet. Beboere opplever at det er vanskelig når de flytter inn på sykehjem der de må bo og dele med andre som er totalt ukjente for dem i utgangspunktet. Når eldre flytter inn på sykehjem oppleves dette som at de ikke er herre over sitt liv (Haug, Jacobsen et.al 2008). Jeg mener at når vi har nære relasjoner til beboere blir det lettere for oss å vise varme og nærhet. Når personen opplever kjærlighet kan det være trøstende. Eldre personer med demenssykdom har opplevd en del tap gjennom livet. Kitwood sier at i kjærlighet er det trøst. Når vi trøster sørger vi for varme og styrke, og det kan gjøre den andre helhetlig (Kitwood 2006). Å bli trøstet og

oppleve å være hjemme for en person med alvorlig demenssykdom, er sterkt bundet til en meningsfull nærhet til andre mennesker.

Steensen (2006) mener sykehjemmene har en uklar identitet. Er det privat eller offentlig? Hjem eller arbeidsplass? Han mener at det offentlige og private glir over i hverandre, en underlig og umulig blanding av hjem, arbeidsplass og kommunal forvaltning. Steensen mener beboeren i liten grad har makt til å bestemme selv og at sykehjemmene oftest er mer arbeidsplass og kommunal forvaltning enn hjem. Ved å kalle pasientene for beboere og sykehjem for et hjem, mener Steensen, at man later som om beboerne er friskere enn det de er. Mener vi sykehjem først og fremst er beboerens hjem bør de få mer makt ved å sørge for større valgfrihet i hvordan hverdagens ulike deler organiseres og gjennomføres. Noe jeg er helt enig med han i.

Forhandling:

” Et tilfelle vi no har oppe det e ei dama som hadde.. ho e jo rimelig sjølgåanes. Så va ho dårlig en periode. Va å datt, va ustødig og datt. Så måtte snakke med ho om .. kan vi på natta.. for det e jo bare to nattevakte... «kan vi ha sengehesten oppe på natta, sånn at du ikkje går å dett.. også ringe du på.. for det e fort gjort å glemme i farta når du skal opp, så ringe du på sånn også ber du om hjelp, over skarpaste natta sånn at nattevakten veit du ikkje går..?» Ja det va heilt greit. Så går dem inn i fem-tida så går dem inn å tar den ned. Då ville ho gjerne på toalettet og ville stelle seg tidlig, så gikk ho gjerne å setta seg i stolen.. så det va.. ” (Anna).

Dette eksempelet viser at sykepleier gjennom forhandling får til et samarbeid der beboer går med på å ligge med sengehesten oppe til fem- tida. I stedet for tvinge den eldre damen til å ligge med sengehesten oppe går Anna i dialog med beboeren og forhandler og kommer fram til en kompromiss om at sengehesten blir tatt ned klokka fem. Ved å gjøre dette gir Anna den eldre damen mulighet til å være med å bestemme. Dette er å bemyndige den eldre beboeren på sykehjem (Slettebø 2006). Det skjer en dialog der beboers bekymring for å ikke kunne komme seg ut av senga når hun vil blir tatt med på vurderinga, og det er beboeren selv som bestemmer til syvende og sist hva som blir gjort.

Jeg mener at selv om sykehjemsbeboeren har lite kunnskap om sykdommer, vet de best når den aktuelle sykdommen plager vedkommende og hvilke ressurser og på hvilke områder en trenger assistanse. Som fagperson må helsepersonell vite noe om beboers ressurser og bruke dette aktivt i behandlingen. Som sykepleier må vi kunne fokusere på mestring i hverdagen og ikke på problemer. Dette kan være med å styrke beboers brukermedvirkning eller beboers autonomi på sykehjem. Askheim, Starrin et.al sier at mestring er et begrep som ligger nærmest Empowerment (Askheim, Starrin et al. 2007). Jeg mener at beboeren gjennom å mestre dagliglivets utfordringer og sin situasjon, får opplevelse av kontroll over eget liv, som igjen styrker beboers følelse av å være autonom på sykehjem. Som vist på eksemplet der beboeren selv kan komme seg opp etter klokken fem og sitte i en stol og gjøre morgenstellet selv. I stedet for at hun ligger i senga med sengehesten oppe til klokka åtte og sykepleieren som kommer på dagvakt skynder seg gjennom morgenstellet. Dette ville ha krenket den eldre damen og ville kanskje ha ført til at hun ble mer hjelpetrengende.

Meland (2005) skriver i en kronikk i tidsskriftet for den norske legeforeningen at for å fremme selvbestemmelse og gjensidig respekt i en relasjon der asymmetri og ulikhet er fremtredende, må hjelperen spørre den hjelpetrengende hva han kan bidra med. Han refererer til Sennet (2003) og sier at gjensidighet er grunnleggende i menneskelig respekt. Jeg mener ved å spørre den gamle personen på sykehjemmet tar vi ikke ansvaret fra vedkommende til å ta vare sin egen helse og velferd, men bidrar til større deltakelse og autonomi for vedkommende i hverdagen. Løgstrup (2010) påpeker også at i den etiske fordringa ligger også et ansvar for oss sykepleiere å ikke ta fra beboeren ansvar for sitt eget liv. Det krever at sykepleiere må handle på en måte som gjør at beboers autonomi blir ivaretatt i hverdagen. Det kan spørres om det er rimelig å bruke empowerment begrepet i forhold til sykehjems beboere siden de i utgangspunktet er skrøpelige, gamle og svært avhengig av hjelp.

Berg (2007) hevder i sin doktor avhandling at eldre har lite makt og dermed er avhengig av å bli ivaretatt av sykepleiere. Han sier videre at det er viktig at sykepleiere som jobber med eldre er bevisst sin makt og maktposisjon som er forutsetning for empowerment. Dette krever at sykepleieren er villig til dele sin makt med beboeren og beboeren er villig til ta imot den makta (Berg 2007). Har vi ikke et ansvar som sykepleiere å sørge for hva som er best for beboeren og ikke ”mase” om hva han vil og ikke vil? Beboeren må bruke nødvendige krefter på å svare på spørsmålene våre. Må vi for en hver pris bemyndige de gamle personene og kreve at de skal være med å bestemme hvordan de skal ha det? Hva med hvis beboeren selv

ikke vil bli bemyndiget og vil at sykepleieren skal ta avgjørelsen fordi en ikke har krefter og kompetanse til dette? Svaret på de spørsmålene skal jeg prøve å beskrive i kapittel 4.4.

4.1.3 Svakpaternalisme:

Olga forteller: *”Vi prøve jo å forklare og gjøre det på den mildeste måte, ikke sant, men av og til kan det no virke som pasienten føler seg litt overkjørt. Ja.. Og det e ikke alltid at det e så enkelt å forklare heller, koffer man... alt blir jo gjort for å gjøre.. for at pasienten ikke skal skade seg, eller...”*. Hun sier at de prøver å forklare og gjøre det på mildeste måte. Men av og til kan det virke som beboeren føler seg overkjørt. Det er ikke alltid det er lett å forklare... alt blir gjort for at beboeren ikke skal skade seg selv. Det er et ansvar vi sykepleiere har å påse at beboeren ikke skader seg selv. Ikke- skadeprinsippet pålegger helsepersonell til å passe på at beboeren ikke blir skadet av den behandlingen som blir gitt eller ikke skader seg selv. Velgjørhetsprinsippet krever at helsepersonell i tillegg handler til pasientens beste. Begge prinsippene sier at det er viktig for helsepersonell å fokusere på å gjøre det som er det beste for beboeren (Slettebø 2013). Norheim påpeker også når beboere er svake og ikke er autonome må han ha personer som kan tale deres sak. Da må den som taler beboerens sak tale eller handle ut i fra det vedkommende vet om ønsker og verdier slik at beboers eget perspektiv kommer til uttrykk (Norheim 2006).

4.1.4 Løsningsorientert sykepleie.

I følge Marit finner de løsninger på det meste i hverdagen som er med på å bevare autonomien til sykehjemsbeboeren. De jobber tvers av avdelingene for at beboere skal få ønskene sine oppfylt. *”Som sagt, vi e fire avdelinger, så la oss sei at det e to på jobb hos oss, også e det når som skal dusje på de andre sin avdeling som har ønska å dusje, så e det ingen problem at når fra våres avdeling går over også utsette vi våres mårrastell til den personen får dusja. Så det e fleksibelt i forhold til sånn, og det har jo også nåkka med et behov for å være fleksibel”*(Marit). Hun forteller at de kan omorganisere hverdagen og finne løsninger for å imøtekomme ønskene fra beboere på tvers av avdelinger. Det er en fordel at det er små sykehjemsavdelinger og kommunen er liten, da kjenner en stort sett alle og kan hjelpe hverandre på tvers av avdelinger.

”.. det e jo ikkje alle som vil ta medisina. Men da må man være litt sånn her kreativ og fortelle at her e medisin og æ blande den i syltetøyet og du skal få det etterpå. Og det går greit, det gjør det” (Mona). Mona sier at når beboere ikke vil ha medisin må hun være kreativ og for eksempel blande dette i syltetøy og gi det til beboeren. Hun presiserer at det er viktig at personalet sier at det er medisin blanda med syltetøy. Da tar beboeren medisinen sin. Det kan diskuteres om dette er å lure beboeren, men hun holder seg innen for det som er forsvarlig mener jeg. Når vi sier til beboeren at det er medisin om er blanda med syltetøy så har en informert beboeren om at det er medisin og syltetøy som gis. Når en beboer nekter å ta medisinen sin må dette tas opp med legen. Det forteller informantene i intervjuet at dette diskuteres med legen og livsviktige medisiner blir prioritert og de andre som kan seponeres blir seponert. Vi vet at enkelte medisin smaker vondt og det er lettere å svelge når medisin blir gitt i sammen med for eksempel syltetøy.

Sykepleierne står overfor flere situasjoner som krever at de må finne løsninger som er faglig forsvarlig og tilpasset den enkelte beboer sine ønsker og verdier. Dette krever profesjonalitet hos den enkelte sykepleier. Henriksen og Vetlesen (2006) beskriver en profesjonell sykepleier som en som er svært engasjert i det arbeidet en utfører. Dette kunne jeg se hos alle informantene mine. De hadde svært engasjement i eldreomsorg og var opptatt av at beboere på sine respektive avdelinger skulle ha det best mulig. I motsetning til problemorientert tilnærming kan løsningsorientert tilnærming hjelpe sykepleiere å rette blikket mot samhandling, og gjennom dialog med beboeren finne løsninger som fremmer selvbestemmelse hos sykehjemsbeboeren (Karoliussen2011).

4.2 Faktorer som hemmer beboers autonomi:

Av negative faktorer kom det fram følgende temaer:

- Demenssykdom og kognitiv svikt.
- Mangel på personalressurser.
- Oppgaveorientert tilnærming.
- Uheldig Paternalisme.

Jeg skal videre gå inn på hver enkelt faktor og beskrive hvordan disse virker hemmende på beboers autonomi på sykehjem.

4.2.1 Demenssykdom og kognitiv svikt.

Studiens funn viser at sykepleiernes erfaringer er at demenssykdom er det største hinder for beboerautonomi på sykehjem. I situasjoner hvor beboeren ikke vet sitt eget beste mener sykepleierne at redde liv og helse kommer først. Jeg tolker dette som velgjøringsprinsippet kommer først. Når pasientene handler uhensiktsmessig mener sykepleierne at det er legitimt å ta beslutninger for beboerne. Demenssykdom kan føre til beboere ikke vet hva som er best for en selv og kan nekte hjelp for eksempel i dusjesituasjoner.

”I flere år har det bodd en meget dement dame på vår avdeligen. har alltid vært veldig opptatt av klær og å se ordentlig ut i tøyen. Og for det om ho va veldig dement så fikk ho lov å velge sjøl, hvis ho ville ha den jakken så fik ho det, selv om ikke rosa og oransje e så veldig fint ilag. Det e nåkka med .. det e ikke verdt å ta den kampen for å.. ka skal æ si.. du fornærme demmes autonomi, og for det om dem ikke skjønne det, så vil dem føle seg krenka på et eller annet nivå” (Marit). Marit understreker at selv om personene har demenssykdom har de krav på å bestemme selv, og dette er viktig for selvet hos vedkommende. Det å velge selv hva en skal ha på seg, spise og lignende er enkle valg for de fleste på sykehjem, og er med på styrke selvfølelsen. I en hverdag med demenssykdom, som fører til at en mister kontroll over seg selv, kan slike enkle valg i hverdagen føre til at en fortsatt har kontroll over livet sitt og kan være med å påvirke hverdagen. I følge Natvig er det viktig når et menneske har en rettighet, så betyr det samtidig at de andre pålegges visse plikter i hensynet til denne personen. Det vil si at et individs rett til å være autonom, innebærer en pålagt plikt for andre mennesker til å bidra til andres autonomi bli ivaretatt. Ikke minst tolerere valg som er tatt av den andre for seg selv, selv om en egentlig mener det er uheldig for personen (Natvig 2004). Selv om Rosa og oransje ikke passer i lag tolerer sykepleieren valg som er gjort av beboeren selv. Og dermed viser at vedkommende har en rettighet til å bestemme for eksempel hva vedkommende skal ha på seg. Jeg mener dette er et godt eksempel på at beboers autonomi blir ivaretatt til tross for kognitiv svikt hos vedkommende.

”det avheng jo litt korsk patienten e – altså for no har vi jo hadd en stor andel av våres pasienta har vært menneska med demens som hoved.. som har hatt demens som grunnsykdom... og da blir det litt annerledes for vi må inn å styre og legge opp til kosn. At no og no må vi dusje, vi skal skifte klea, vi må gjennomføre det her, vi må måle blodsukker .. ikke sant.. ?” (Kari). Kari sier graden av hvor mye enkelte beboer kan bestemme i hverdagen varierer om vedkommende har demenssykdom eller ikke og hvor i sykdomsforløpet vedkommende befinner seg. Når jeg hørte dette ble jeg litt stille, et sitat fra Laake (2003) kom fram i hodet mitt. Han sier; *”Kommunikasjonsvansker og demens/forvirring fører lett til at helsepersonell glemmer forutsetningen om informert samtykke i et behandler - pasient forhold”* (s.33). Jeg tenkte at nå kommer den bedreviter holdningen fram og kjører over beboers krav om autonomi. Kari sier at når det er beboere med demenssykdom legger helsepersonell seg opp i avgjørelsene, og er med å påvirke i en sterkere grad i dagliglivets aktiviteter enn for de som ikke har demenssykdom. Hun begrunner dette med at beboeren som er rammet av demenssykdom ikke kan se hva som er sitt beste i enkelte tilfeller. Hun sier at det er sykepleierens ansvar og sørge for vedkommende som ikke klarer å se sitt beste. Jeg ble fort beroliget av begrunnelsen fordi det er vesentlige punkter hun trekker frem her. Helsepersonellloven sier at det er helsepersonell sitt ansvar og sørge for at det er faglig forsvarlighet i pleie og omsorg som ytes.

”Så sånn generelt sett så vil eg si at vi jobbe med å bevare autonomien, det blir jo vanskelig etter hvert som de blir eldre og de kognitive sviktan blir meir framtrædanes. Men vi har veldig fokus på å bevare restfunksjona, og det innebære også autonomi” (Marit). Sykepleieren beskriver at de er opptatt av å bevare autonomien hos den enkelte beboer, men dette blir vanskelig når den enkelte blir rammet av kognitiv svikt. Hun sier at de er opptatt av å bevare restfunksjoner hos beboeren og at det innebærer også autonomi. Marit trekker frem den eldres mulighet til å være selvstendig i dagliglivets aktiviteter som kan styrke følelsen av å være en autonom person. Det å klare seg selv i enkelte dagliglivets aktiviteter fører til at beboeren kan bli befrikk fra å være avhengig av hjelp. Ved å fokusere på restfunksjoner kan sykepleiere begrense funksjonstap og beboere kan klare seg selv og få mestringsfølelse i enkelte områder.

Det er ikke til å komme bort ifra at beboere som i utgangspunktet har kommet langt i sin demenssykdom kan komme til å gjøre ting som er skadelig for seg selv eller andre. Eller motsette seg nødvendig helsehjelp. Et eksempel på en slik situasjon der man må gripe inn kan være når en beboer nekter hjelp til å ivareta personlig hygiene. Som sykepleier har man et ansvar og plikt til å bruke fagkunnskaper til å fremme beboerens helse. Det er sykepleierens ansvar i slike situasjoner å forhindre at pasientens sykdom er til fare for pasientens liv og helse. For eksempel når pasientens evne til å ivareta egen helse svikter helt hva hygiene angår og vi som sykepleiere faglig vurderer situasjonen slik at den manglende hygiene ikke bare er sjenerende for andre, men med tiden utgjør det en helserisiko med tanke på blant annet alvorlige infeksjoner. Gjennom helsepersonellloven (1999) pålegges sykepleiere å yte faglig forsvarlig hjelp.

Slettebø (2013) sier at for å uttrykke ønsker som er stabile må beboeren være bevisst, ikke ha tankeforstyrrelser, strek grad av ambivalens eller svikt i korttidshukommelse. En kompetent beboer må forstå konsekvensen av valget. Det betyr for eksempel forstår informasjonen som blir gitt og forstår konsekvensen av å nekte intravenøs antibiotika behandling. Beboeren må også kunne bearbeide informasjonen som blir gitt for å oppfylle kravet om kompetent person. Slik jeg tolker Slettebø har personer med demens problemer med korttidshukommelsen og kan dermed ikke kan være en kompetent person og heller ikke handle autonomt. Rokstad sier” *Delaktighet i livet til personer med demens kompliseres av sykdommens innvirkning på deres evne til kontakt, gjensidighet og kommunikasjon*”(Rokstad 2006;5).

4.2.2 Manglende personalressurser.

Av faktorer som begrenser beboers autonomi trekkes det fram lite bemanning av samtlige informanter. Sykepleierne opplever at stort arbeidspress og lite bemanning medfører at spontane ønsker fra beboere som å ta seg en tur ut blir vanskelig. Turer må planlegges i god tid for å gjennomføre. Hverdagen for sykepleiere beskrives som travel og dette medfører begrensninger i forhold til beboers autonomi på sykehjem. ”*Det e så lett å gå forbi eller springe forbi og du har så vidt tid til å seie Hei til en pasient som sitt, du ser at en pasient e kontakt søkanes og det e snakk om fem til ti minutt av våres tid kanskje*” (Mona). Mona kunne fortelle at det er så vidt en har tid til å si hei til en beboer i enkelte dager. Hun ser at beboeren er kontaktsøkende, men hun har ikke tid til å prioritere dette. Selv om dette skulle egentlig ha tatt fem til ti minutter av hennes tid. Når bemanninga er slik at du har flere beboere du må hjelpe innen en viss tidsramme blir det vanskelig å sette seg ned å prate med beboere.

Dette samsvarer med Hovdenes (2002) sine funn; at personalet ikke hadde nok tid til å ta seg av beboere på en akseptabel måte. Dette resulterte i at beboere opplevde at de ikke ble tatt på alvor, respektert, og ikke ble behandlet som en person. Slettebø (2008) fant også i sin studie at personalet ikke hadde tid til å sette seg ned å ta en prat med beboere og dette førte til beboere oppfattet hverdagen sin på sykehjem som lang, kjedelig og tom. Beboere i hennes studie påpekte at det er viktig for dem at pleiere hadde tid til å prate med dem. I artikkelen ” Trives på sykehjem” skriver forfattere at beboere mente at personalet hadde det travelt og de ikke hadde tid til å prate med dem (Sørby et.al 2011).

Marit påpeker at ”.. *begrensninge e jo personlaressurser og litt rutiner. Vi sette jo.. altså hvis når vil dusje halv ni på mårran så e det vanskelig å få til hvis det ikke e planlagt på forhånd*”. Lite personell fører til at pleiere må planlegge daglige gjøremål og ikke kan oppfylle spontane ønsker fra beboere. Ressursmangel og rutiner fører til at det blir vanskelig å gjennomføre dusj på morgenen hvis ikke dette har vært planlagt på forhånd. Anna ”*Selvfølgelig, en travel kværdag, så kan jo enkelte at det går litt på det vi e vant til. For vi veit at fru Ditt eller han her Datt like ikkje det, og da tilbyr vi dem ikkje det*”. Anna påpeker at i en travel hverdag når det er mye å gjøre blir det lite valgmuligheter. Personalet jobber ut i fra kjennskap til beboeren og ikke spør om hva de vil ha for eksempel. Dette mener jeg, kan føre til at personalet distanserer seg fra den eldre og blir fort oppgaveorientert, da det er flere oppgaver som må løses innen visse tidsramme.

Jeg mener det er den enkelte sykepleiers ansvar å si fra når en mener sykepleien som ytes ikke er faglig forsvarlig. Vi kan for eksempel bli flinkere til å bruke avvikskjema og registrere avvik for eksempel når en beboer må vente på hjelp lenge, ikke får mat når den vil ha, ikke kunne ta med beboeren ut når de spør om det; fordi det er lite personell på jobb. Slike avviksmeldinger er med på å dokumentere at praksisen er uforsvarlig i forhold til retningslinjer og de som har ansvar for påse faglig forsvarlig praksis på sykehjemmene tvinges til å gripe tak i problemet og gjøre noe med dette. Karoliussen (2011) sier sykepleiere sine langvarige erfaringer med at argumentene ikke blir hørt, kan føre til at de tilpasser endringer som kommer ovenfra og bruker energien til å tilpasse nye endringene.

Vi kan heller ikke bruke manglende ressurser som en sovepute for å ikke ta beboers autonomi på alvor skriver Hjelseth (2010) i en artikkel som er et utdrag av hennes fordypning oppgave i videreutdanning som omhandler Etikkk i sykehjem. Hun sier det er uakseptabelt at mangel på ressurser blir brukt for å forsvare umoralsk praksis og for å krenke beboere på sykehjem. Hun sier videre at det er viktig med god ledelse og leder som planlegger og legger til rette for sine medarbeidere for å hindre slike overgrep. Jeg mener det er mange studier som viser at det er mangel på ressurser på sykehjem (Haukelien 2011, Sørby et.al 2011, Teeri et.al 2006). Dette må tas på alvor og se om det er mulig å gjøre noe med dette problemet. En del studier har også vist at det ikke er sammenheng med økt bemanning og kvaliteten på omsorgen som gis på sykehjem.

4.2.3 Oppgaveorientert tilnærming.

”For sånn som situasjon e på sykehjem så føle æ at det e så masse andre ting vi skal utføre, vi skal være både renovasjonsarbeidera i helgen å kjøre søppel, vi skal heise flagg og ta ned flagg, vi skal brette klær og det e så masse andre ting som ikkje har direkte med pasienten å gjøre” (Mona). Mona sier at sykepleiere blir brukt til andre oppgaver som å kjøre søppel, heise og ta ned flagg og liknende for eksempel i helgene. Det er oppgaver som annet personell kunne ha gjort. Men for å spare penger blir helsepersonell brukt til å gjøre dette. Mona sier at de ekstra oppgavene stjeler hennes arbeidstid som hun kunne ha brukt hos beboeren på sykehjemmet.

Rutiner som begrensende faktor:

” – Men det e klart, når dem kommer inn på sykehjem, så e det visse rutina som du kanskje ikke har hadd hjemme, men som du får når du kommer: Spisetider, dusj og medisiner” (Anna). Når en flytter inn på sykehjem blir hverdagen preget av rutiner. Det er ikke det samme som å være hjemme. Anna påpeker noe vesentlig her. Det er ikke til å legge skjul på at hverdagen på sykehjemmet kan være rutinepreget. Det er allerede etablerte og fastlagte rutiner for det som skal skje i hverdagen som spisetider, medisintdeling, dusj osv. Disse rutiner kan begrense beboers autonomi på sykehjem dersom helsepersonell blir fastlåst og at det ikke er rom for individuell tilrettelegging. Hvis personalet ikke er fleksible kan det føre til beboeren blir overkjørt og retten til å velge i hverdagen blir ikke ivaretatt. Kirkevold et.al (2008) sier at

rutiner er viktig for å sikre at alle får det de har krav på, men presiserer at hvis helsepersonell ikke tar individuelle hensyn kan rutiner bli til besvær for beboere.

Sykehjem som institusjon.

Sykehjem som institusjon kan begrense beboers autonomi. Visse retningslinjer og hensyn til sikkerhet spiller en vesentlig del når en flytter inn på sykehjem. Anna sier: *”Og det e jo heimen demmes, så dem må jo få røyke, under visse... at vi e litt.. at dem bruke røykeforkle at dem ikke får.. men det e jo klart.. det e jo litt.. Det går jo litt begge veia, det e jo snakk om brannikkerhet og det går litt ut over de andre og. Men de får røyke”* (Anna). Selv om det blir fokusert at det er deres hjem blir det en del hensyn som må tas når en bor på en institusjon. Det er en del forhåndsregler som må tas blant annet hensynet til brannikkerhet. Anna trekker frem et eksempel med det å røyke. Beboere får røyke på sykehjemmet under visse retningslinjer. De som røyker må bruke brannforkle og de får ikke lov til å røyke på rommet av hensyn til brannikkerhet. Men de får røyke ute eller på røykerommet som er kun for beboere som bor på sykehjemmet. Beboere som har kognitiv svikt må i tillegg røyke under tilsyn av personale, har jeg selv erfaring med.

Mona forteller at det å bo i lag med mange andre fører til at en må vente på hjelp. Hun forteller at: *”æ prøve å forklare det at «veit du det at no e æ litt opptatt og æ kommer tilbake då og då...» Og det e ikkje sikkert pasienten syns det e greit, men det må bare bli sånt, sant, det e når prioriteringe man må gjøre.. ja”*. Når det er flere som vil stå opp samtidig fører dette til at sykepleieren må prioritere. Hun prøver å forklare for beboeren at hun er opptatt og kommer tilbake senere for å hjelpe vedkommende. Men det er ikke sikkert den hjelpetrengende er fornøyd med å vente. Det er en av bakdelene ved å bo på institusjon forteller hun. Det er vanskelige valg en sykepleier må gjøre, i visse situasjoner, som kan virke krenkende på beboers autonomi. Malmedal (2013) beskriver disse som krenkende handlinger. Sykepleieren må ta et valg når det er mange hun skal hjelpe og vedkommende som må vente kan føle seg krenket. Løsningen kan være at sykepleieren sender noen andre hvis dette lar seg gjøre.

Sykepleiere beskriver enkelte faktorer som er med på å hemme beboers autonomi fordi de bor på en institusjon. Det er disse faktorene som Goffmann (1967) beskriver som gjør at en mister herredømme over sitt liv når en flytter inn på institusjon. Steensen (2006) sier også at beboere på sykehjem må vente på hjelp i alle mulige situasjoner. Det er krenkende for en person å vente på hjelp til for eksempel å gå på do. Jeg mener at etter samhandlingsreformen (2012) er det blitt mer fokus på sykehjemmene skal være en behandlingsinstitusjon enn et hjem. Slik som noen sykehjem er bygd opp og forvaltet, fungerer de i hovedsak som institusjoner for syke og pleietrengende og i mindre grad som hjem.

4.2.4 Uheldig Paternalisme.

Når sykepleiere tar avgjørelser uten å rådføre seg med beboeren først mener jeg at det er uheldig paternalisme. Kari nevner et eksempel på dette. ”... - Nei ho hadde sterke ønska om at det va en annen ansatt som sku følge med ho, for ho hadde fådd så god kontakt med ho. Men ho va ikke på jobb den dagen, ho hadde fri, men ho.. velvilje så stilte ho opp og blei med ho tell.. tell... så.. der har dem også rett til å bestemme.. Men den tenke man ikke bestandig over, man bare sette i gang og skride til verket og tar en telefon og bestille” (Kari). Det var en av beboere som fikk innkalling til tannlege. Uten å rådføre seg med beboeren først bestiller hun drosje og ordner en pleier som skulle følge vedkommende. Dagen før beboeren skulle til tannlegen får hun greie på at det er en annen pleier enn den som vedkommende ville ha med som skulle følge henne. Beboeren ville ikke ha med den pleieren og hadde sterkt ønske om å ta med en annen pleier som hun hadde god kontakt med. Dette ender med at sykepleieren måtte avbestille følge og den pleieren som beboeren mente var egnet til å følge stiller opp på fridagen sin, og historien ender godt. Men hvis sykepleieren hadde spurt beboeren før hun bestilte drosje og ordnet følge, kunne dette ha blitt løst på et tidligere tidspunkt og beboeren ville ha vært med på avgjørelsen. Det er også viktig å se her at den aktuelle beboeren hadde kapasitet og evne til å si fra. Det er ikke alle beboere som bor på sykehjem som har det. Det er da viktig at vi som sykepleiere eller helsepersonell spør først og handler deretter. I litteraturen beskrives det at når helsepersonell tar avgjørelser og beboeren selv har kompetanse til å ta avgjørelser, som sterk paternalisme (Slettebø 2013), (Beuchamp og childress 2013), (Henriksen og Vetlesen 2006).

”æ prøve å sette fokus på pasientan skal ha det best mulig, det e det vi ønske, men det e klart at det kommer bestandig situasjona opp der... ja.. der man kanskje trur man har gjort jobben rett og så vise det seg i ettertid at pasienten ikkje e så fornøyd eller at de hadde nån andre tanka – at man e litt rask å tenke for dem, og å ta avgjørelsa..”(Kari). Kari sier at hun prøver å ha autonomien til beboere i fokus, men kommer i situasjoner der hun tror har gjort det rett, men beboeren selv ikke er fornøyd med dette og har andre planer. Hun sier at det kan virke som helsepersonell er for rask til å ta avgjørelser på vegne av beboere i enkelte tilfeller. Jeg mener det er noe i det Kari sier her. Vi jobber av og til på ”autopilot”, det vil si at vi ikke tenker og overveier om det vi gjør er riktig. Det kan komme av mange forskjellige faktorer. Travel hverdag, tro om den beste løsningen for beboeren, tvile på beboeres kompetanse, er noen eksempler på dette. Dette mener jeg også kan kalles sterk paternalisme og er uheldig for beboeren på sykehjemmet.

4.3 Graden av beboers autonomi er avhengig av konteksten.

I studien kommer det frem i hvilken grad beboeren kan bestemme i hverdagen blir påvirket av flere faktorer. Avdelingens størrelse, bemanninga på avdelingen, organiseringen av arbeidet og om det er en stor eller liten kommune, er noen faktorer som trekkes frem av informantene. Liten kommune ser ut som det er mer nærhet til beboere siden personalet har kjent dem fra tidligere. Marit som har jobbet både i en stor og jobber nå i en liten kommune påpeker også dette når hun ble intervjuet. *”Æ oppfatte den mangelen på nærhet, og da meine æ en psykisk tilstedeværelse.. æ vet ikkje kosn æ skal forklare det, men kjennskap til kværandre gir en nærhet som æ syns mangle i (storkommune)”* (Marit). Hun opplever en slags psykisk tilstedeværelse i liten kommune på bakgrunn av tidligere kjennskap og nærhet til beboere enn i en stor kommune.

Jeg vil støtte meg til Karoliussen(2011) og mener at beboers autonomi på sykehjem blir også påvirket av disse tre kontekst nivåer som samfunnsnivå, institusjonsnivå og profesjonsnivå som hun beskriver. På samfunnsnivå kan vi se staten som setter rammeverket hvordan et sykehjem skal drives og hvilke rettigheter beboere har. Gjennom pasient og brukerrettighetsloven (1999) gir staten beboere på sykehjem rett til medvirkning i saker som angår en selv. Til denne loven kom det et kapittel som trådte i kraft 1.januar 2009 som ble kalt Kapittel 4 A. Siden den trådte i kraft har fylkesmenn hatt tilsyn med sykehjemmene for å se

om hvordan dette blir praktisert. Ved å sette fokus på dette har helsepersonell blitt kurset og veiledet, nye og bedre rutiner har blitt implementert i forhold til tvangsbruk ved sykehjem. Jeg mener at dette har ført til en større bevissthet rundt beboers autonomi og det er dette som kommer fram i intervjuene som jeg har gjort i forbindelse med studien min. Sykepleiere beskriver at de er opptatt av dette i hverdagen og viser større velvilje og respekt for beboers ønsker, samtidig har de faget sitt med i det daglige arbeidet. De bruker skjønnet for å vurdere om beboeren eller sykepleieren selv skal ta avgjørelsen i den enkelte situasjon. Jeg syns Anna beskriver det jeg vil frem til godt når hun sier ” *vi har jo hadd tilfella kor vi ikkje har vært enig, og da får det no bare bli sånn. Men det har aldri gått så langt at de har vært nedgrodd i skjitt, for å sei det på godt nordnorsk. Det har vi ikkje*”. Hun sier her at når beboeren ikke vil stelle seg en dag og er uenig med sykepleieren så blir det akseptert. Samtidig sier hun også at det vil ikke bli tolerert hvis dette går utover beboerens liv og helse.

På institusjons nivå kan jeg nevne bygningsmessige og organiseringsmessige faktorer som er med på å påvirke hvilken grad beboeren kan bestemme selv i hverdagen. Jeg skal gå litt nærmere inn på disse faktorene for å vise hvordan. Selve arkitekturen og størrelsen på avdelingen kan påvirke beboers autonomi på sykehjem ved at sykehjem som er bygd med lange korridorer med flere beboer rom kan minske hjemligheten og gi en stor grad av institusjonspreg. Når det blir for mye institusjonspreg mener jeg at dette påvirker både de som bor der og de som arbeider der. Jeg tror nedtoning av institusjonspreg kan føre til beboere selv tar mer initiativ og tør å komme med ønsker i hverdagen. Mer hjemlighet kan føre til at helsepersonell respekterer sykehjemmet som hjemmet til beboeren og kan dermed gi mulighet for selvbestemmelse i hverdagen.

”*Ja jobba på et sykehjem i (storkommune), og også i hjemmetjenesten i (Storkommune). Og også vært innom litt sykehus da.. Men det e klart at det e kjempestore forskjella i forhold til stor og liten kommune, det e det. Hele spekteret e forskjellig egentlig*” (Kari). Kari som har tidligere erfaring fra storkommune sier at hele ”spekteret” er forskjellig i forhold til stor og liten kommune. Sykehjemmene er organisert forskjellig og det varierer hva slags funksjoner finnes på det enkelte sykehjem. Med funksjoner mener jeg for eksempel om det finnes lokalt kjøkken som er tilhørende på sykehjemmet, finnes det vaskeri og lignende. Lokalt kjøkken trekkes frem som et viktig del i sykehjemmene av informantene. Når Olga ble spurt om maten som ble servert på sykehjemmet blir laget her svarte hun følgende: ”*Nei vi får den fra Sentral kjøkken. Det e veldig synd, for det var et fantastisk bra kjøkken her for når år tilbake. det va*

deilig middag, skikkelig hjemmelaget. Det e jo god mat no og, men det blir litt annerledes”. Olga jobber i en stor kommune og omorganisering førte til at det lokale kjøkken ble lagt ned, og de får nå mat fra et sentralt kjøkken. Dette fører til mer institusjons preg på sykehjemmet mener jeg. Lokalt kjøkken er med på å skape hjemlighet på sykehjemmet og beboere sine spontane ønsker vedrørende mat kan oppfylles lettere. *”Hvis vi sitt med frokostbordet så fungerer det hvertfall sånn at når spør om de kan få sursild til kvelds, så e det når som hente et glass med sursild til de”* (Marit). Marit sier her hvis noen spør om sursild så har de muligheter for å gå og hente et glass siden de har kjøkken på sykehjemmet. Dette medfører at beboers ønsker blir respektert og autonomien til beboere blir ivaretatt enn ellers.

Lokalt kjøkken bidrar til at beboere får servert ”hjemmellaget” mat i følge Kari. *” Men vi e veldig heldig, for kjøkkenet her e et lite kjøkken og de lage mat fra bunnen av. Det e ikkje mykje ferdigprodukta. Mange lokal-leverandøra med ferskvare, fisk og kjøtt, så dem har et veldig godt rykte på seg, kjøkkenet. Og pasientan e veldig godt fornøyd med maten. Hjembakt brød for eksempel, hjemkokt syltetøy.. litt sånn små.. som dem e vant med hjemmefra”* (Kari). Ved å bruke lokale leverandører og ferskvarer blir maten preget av hjemlighet og beboere blir fornøyd. Beboere kan også komme med ønsker i forhold til mat. Jeg mener dette bidrar til sykepleiere kan imøtekomme ønsker fra beboere og bevare autonomien til vedkommende. Jeg vet også av egen erfaring hvis sykehjemmet har lokalt vaskeri der beboers klær blir vasket, kan beboere være med for eksempel å brette vaske kluter og håndduker. Dette er enkle hverdagsaktiviteter der beboere kan sitte i lag for eksempel med en pleier å snakke og brette klær. Jeg mener, når beboere bidrar på den måten, kan de bli sett på som autonome individer og i tillegg skape rom og tid for enkle hverdagssamtaler som blir etter spurt av beboere (Slettebø 2008).

Med beliggenheten mener jeg om sykehjemmet ligger sentralt eller avsides, i stor kommune eller liten kommune. Min erfaring er at i små kommuner ligger sykehjemmet sentralt og har en sentral rolle i nærmiljøet. På noen sykehjem er det frisør, fotpleier, legekantor og lignende som også blir brukt av andre innbyggere i kommunen. Sykehjemmene blir også omtalt som ”Hjemmet” av kommunens innbyggere. I enkelte små kommuner er det sykehjemmet som er den største arbeidsplassen i kommunen. Det er også vanlig i små kommuner at innbyggere som er på handletur stikker innom sykehjemmet for å ta en prat med gamle kjente eller naboer, mens de venter på bussen eller på ferga. Dette bidrar til at beboere på sykehjem får mulighet til å følge med det som skjer i lokalmiljøet. Dette kan øke trivselen hos beboeren

og gi en følelse av et autonomt individ. Dette bidrar til synet på beboeren som bor der blir påvirket i en positiv retning og kan gi fordel av økt mulighet for autonomi i hverdagen. ”*Æ vet ikkje om det e spesielt på våres sykehjem eller om det e fordi det e på (liten kommune), men det e en følelse av helhet, alle vet kem alle e.. ja.. herremin.. vi gikk jo på skole ilag og ungan våres.. og.. ikkje sant? Det e en hjemlighet som du ikkje får i (storkommune)*”(Marit). Personlig kjennskap til pårørende i form av at de gikk på skole i lag, barna går på skole i lag forsterker denne nærheten og gir en følelse av helhet forteller Marit videre. Kjennskap gjør at måten beboere blir sett på blir annerledes. Dette kan føre til beboere får mer valgmuligheter og deres valg blir respektert i større grad enn ellers mener jeg.

Jeg har erfart at noen sykehjem i større kommuner ligger litt avsides og i noen tilfeller er de gamle bygninger som tidligere har vært sykehus, psykiatriske institusjoner og lignende. De blir mer omtalt som gamlehjem, endestasjon, sykehjem, enn som et hjem. Dørene til disse sykehjemmene er ofte låst og en må ha tillatelse til å komme inn. Dette skaper avstand mellom innbyggere i kommunen og sykehjemsbeboeren. Disse faktorene kan påvirke synet på beboeren i negativ retning og bidra til mer institusjonspreg som kan begrense beboers mulighet for autonomi i hverdagen.

Med profesjonsnivå mener Karoliussen (2011) slik jeg forstår henne, rammer som organisering av arbeidet, kunnskapsfeltet og sykepleieren selv. Å være sykepleier på sykehjem handler om flere ting. Sykepleieren har mange oppgaver og ansvar og disse løses fra faget. For å se litt nærmere på hvilke kontekst som kommer under profesjonsnivå må vi gå til neste kapittel.

4.4 Det handler om omsorg.

Tross store variasjoner innen hvilken grad beboere kan formidle sine ønsker og kognitiv tilstedeværelse sier alle sykepleiere som ble intervjuet at individuelle hensyn blir tatt i dagliglivets aktiviteter. De legger vekt på hvordan beboere vil ha det når det gjelder legge tid, stå opp, når og hva de vil spise o.l. Olga sier: *”Ja e syns jo vi prøve jo og... e syns jo vi e ganske flink til å spørre om de har lyst å stå opp, at vi på en måte spør de om de kunne tenke seg å stå opp, dusje, spise også prøve vi så godt det lar seg gjøre å ta hensyn til... selv om det ikke alltid e like lett”*. Olga påpeker at det er ikke så lett når beboere som er på sykehjem er ganske dårlig og det er ikke alle som kan komme med ønsker eller svare når pleiere gir dem valg. Til tross dette gir personalet mulighet for at de eldre får mulighet til å bestemme over hverdagsaktiviteter som å stå opp, stelle seg, dusje, spise og lignende. En god situasjonsforståelse er viktig sier Kari Martinsen (1989). For å klare balansegangen mellom formynderi og unnlattelssynder kreves det at sykepleieren har god innsikt i beboerens livssituasjon og klarer å se hvor begrensningene og mulighetene ligger(Martinsen1989).

Kari nevner at heledøgnet i betraktning bestemmer beboere selv i hverdagen eller får mulighet til å bestemme selv. *”vi e veldig flink til å sette fokus på at dem skal få lov å bestemme sjøl, fra dem står opp.. ja..... æ ser hele døgnet i betraktning så e jo alle mer eller mindre innfor et døgn.. tids... alle e lagt seg, alle e stådd opp.. alle lagt seg innfor det så dem følge jo.. men i stor grad så syns æ jo”* (Kari). Her trekker Kari frem at i stor grad får beboere være med å bestemme i hverdagen. Anna syns at helsepersonell må prøve å imøtekomme ønskene fra beboere på sykehjem. Det er en viktig faktor for at de eldre kunne trives og ha følelse av å bli møtt med respekt. *”Æ syns jo at kvær som en må vi prøve å møte på sine ønska”* (Anna). Sykepleiere sier at beboere får bestemme i hverdagen og det er viktig å imøtekomme ønskene til beboere.

Mona er opptatt av beboere skal få muligheten til å bestemme selv i hverdagen i den grad dette er mulig. *”Det meine e Så absolutt! Det e klart at, det e jo ikke så lett, mange gang.. altså utgangspunktet så skal jo alle, mene jo æ da, få lov til å bestemme over sitt eget liv, så langt det lar seg gjøre”*(Mona). Sykepleiere har mye kunnskap om forskjellige diagnoser og hva som må til for å behandle disse. Det er viktige teoretiske kunnskaper, men jeg mener Sykepleieren må også ha med seg praktisk kunnskap. Slettebø (2013) kaller dette faglig skjønn. Skjønn vil si at sykepleieren som hjelper den gamle personen bruker sin praktiske

klokskap for å vurdere hva som er den beste løsningen i den aktuelle situasjonen. Skjønnnet utvikles gjennom erfaring og sykepleieren som har erfart liknende situasjoner tidligere kan lett finne løsninger som er den beste i et konkret tilfelle (Slettebø 2013, Martinsen 2005). Slik som Mona sier det er ikke lett når beboeren på sykehjem ikke vet sitt eget beste. I de tilfellene er det viktig å bruke faglig skjønn når en skal vurdere om beboeren kan bestemme selv i et konkret tilfelle eller om sykepleieren og beboeren i lag kan komme fram til en løsning.

”Det er ikke nåkka formaliserte valg. Det går på den enkeltes evne til å si i fra, og også våres kunnskap” (Marit). I følge Marit beboers autonomi er avhengig av om beboeren kan formidle sine ønsker og pleiernes kunnskap om den enkelte beboer. Etter min mening er det to viktige momenter hun trekker frem her som er vesentlige når en snakker om beboers autonomi på sykehjem. Vi vet fra tidligere at større andel av beboere på sykehjem er svært dårlige og de ikke klarer å gi uttrykk for sine ønsker og behov. Å ha kunnskaper om de beboere som ikke klarer å uttrykke sine ønsker og behov kan hjelpe personalet med finne fram til hva den enkelte ville ha og hvordan en vil ha det. La oss si at en som er vant å spise brunost med syltetøy på brødskiven kan få dette, ved at personalet spør pårørende eller pleiere som kjenner beboeren fra før og skriver dette ned i for eksempel kostplan for den enkelte beboer. Dermed er det ikke sagt at vedkommende skal få det hverdag. Personalet har da mulighet til å ha på brunost med syltetøy på brødskiva når en beboer gir uttrykk for at han ikke vil ha en skål med havregrøt.

Sykepleiere som jeg har intervjuet beskrev at de tok hensyn til individuelle behov og imøtekom beboernes ønsker. Beboere kunne velge om når de vil stå opp, dusje, spise og lignende og spontane ønsker fra beboere ble respektert i den grad dette var mulig. Slagvold (2006) skriver at imøtekomme ønsker fra beboere viser at sykepleiere faktisk respekterer beboere. Når pleiere tar beboere på alvor på den måten går de inn i en relasjon med gjensidig respekt for hverandre (Slagvold 2006). Når sykepleierne beskriver ”å bestemme selv i den grad dette er mulig” virker det for meg slik, at de beskriver noe som er vesentlig i å være sykepleier. Sykepleiere sier ikke at det er beboere som skal bestemme i hverdagen uten å ta ansvar for vedkommende. Vi vet at beboere på sykehjem er preget av sterkt nedsatt evne til komme med krav og en større andel av beboere er preget av demenssykdom. Sykepleiere her fraskriver på ingen måte sitt ansvar å være sykepleier for sykehjemsbeboere. Jeg mener sykepleiere her snakker om ”OMSORG” for den gamle, syke, hjelpetrequende personen som er kommet til sykehjemmet og er avhengig av at sykepleieren sørger for det vedkommende

ikke klarer selv. Jeg ser tydelig spor av Kari Martinsen (1989) sin omsorgsideologi her. Noen vil kanskje kalle det svak paternalisme eller så sterkt som paternalisme. Men jeg mener at det er omsorg, det å være sykepleier med det faglige ansvaret en har, som kommer til uttrykk her.

Rutiner ingen hindring:

Flere sykepleierne sier at beboerne må innrette seg etter noen rutiner for at avdelingen skal kunne fungere og dette kan hemme beboerautonomi. Dette opplever ikke sykepleierne som noe stort problem, da beboere stort sett kan bestemme når de skal dusje, stå opp og legge seg. Sykepleiere klarer å organisere sitt arbeid på en slik måte som tar vare på beboers autonomi. *”Men vi e, som eg sa i sted, vi har veldig fokus på å bevare autonomien, hvis en av brukerean våres vil dra med familien og har badedag, så prøve vi å forskyve den badedagen. Min tanke om autonomi e at så lenge du får benytte din egen autonomi så bevare du menneskeverdet i større grad”*(Marit). Hvis noen skal ut på tur en dag kan dusjedager forskyves slik at vedkommende ikke blir hindret i å dra på grunn av rutiner. Marit sier at de ikke er fastlåst i avdelingens rutiner og det er rom for endring ut i fra individuelle forskjeller. Hun er opptatt av la den gamle personen bestemme selv slik at den kan bevare menneskeverdet.

Marit trekker frem enda et eksempel på at de ikke er fastlåst i rutiner: *”Men det kan æ jo si, at bare i dag e det tre støkka som får frokost før frokosten serveres, for det e sånn dem ønske det. Ikkje sant?”*. På avdelingen hun jobber på er det tre personer som får frokosten sin servert før den egentlige serveringstida starter. Hun forteller videre at dette kan variere fra tid til annen siden det er en kortidsavdeling hun jobber på ,og beboersettingen blir endret hele tiden. Dette eksemplet viser at sykepleierne ikke er opptatt av rutiner og faste klokkeslett, men er fleksibel og imøtekommer beboerens ønsker. Studier som er gjort av Nakrem 2011, Bergeland 2012, Branshaw et.al 2012, Dunbar et al 2011 viser at det er viktig for beboere at de kan bestemme når de skal spise, hva de skal spise, når de skal dusje osv. Det gleder meg å høre at sykepleiere viser fleksibilitet i hverdagen og ikke er rutinepreget.

5.0 Noen avsluttende ord:

Studiets hensikt var å undersøke og beskrive hvilken opplevelse og erfaringer sykepleiere har til beboers autonomi på sykehjem. Sykepleierne beskriver at sykehjemsbeboere må bestemme i den grad det er mulig, og opplever at de har et omsorgsansvar overfor den syke, gamle personen som har flyttet inn på sykehjemmet. Deres erfaringer er at beboere på sykehjem er svake og svært hjelpetrengende. De beskriver videre det de opplever som fremmer eller hindrer beboerautonomi på sykehjem. De beskriver flere faktorer som er med på å fremme beboeres autonomi på sykehjem: Personsentrert omsorg, empowerment, svak paternalisme, og løsningsorientert sykepleie trekkes fram av sykepleierne. Flere dilemmaer kommer opp når en skal se på beboers autonomi på sykehjem i praksis. Sykepleierne i dette studiet opplever at demenssykdom og kognitiv svikt, mangel på personal ressurser, sterk paternalisme og oppgaveorientert tilnærming er faktorer som kan være til hinder for beboers autonomi. Sykepleiere opplever at de ikke har tid til å møtekomme beboernes ønsker og preferanser i noen tilfeller. I hvilken grad beboere kan bestemme ser ut i å være avhengig av konteksten. Avdelingens størrelse og størrelsen på kommunen har en vesentlig rolle.

Det er et felles ansvar å ta vare på beboers autonomi på sykehjem. Den enkelte sykepleier må erkjenne viktigheten av å ta den eldre beboeren med på avgjørelser som angår dem selv. Sykepleieren må kunne hente inn nok kunnskap om beboeren for å ta avgjørelsene, i tilfeller der beboeren ikke klarer dette selv. Sykepleieren har også et ansvar for å oppdatere ny kunnskap, enten ved å søke i ny litteratur og forskning, eller ta videreutdanning slik at sykepleieren blir rustet til «å gjøre det beste for beboeren». Sykepleieren må også kunne bruke sin fagkunnskap og være en tydelig leder på avdelingen, samt tenke utenfor «normalen», og komme med løsninger som kan fremme beboers autonomi på sykehjem. Ledere på sykehjem og de som har ansvar i kommunehelsetjenesten må være tydelig på hvor viktig det er å ta med beboeren i avgjørelser. Når helsepersonell etterspør mer personale, bør de ta dem på alvor og gjøre noe med det. Som leder kan de gi ekstra personell når sykepleiere etterspør det, i alle fall en kort periode for å se hva som blir resultatet, og evaluere om praksisen blir bedre når bemanningen økes. Fører for eksempel dette til beboere får mer autonomi på sykehjem? Det må også legges til rette for videreutdanninger og muligheten til å oppdatere seg på ny kunnskap. Staten har også et ansvar. Det er ikke nok med å komme med nye lover og forskrifter. De må se hvor det svikter når det gjelder beboers autonomi på sykehjem og

sette i gang konkrete tiltak, ikke bare tilsyn. Det er også viktig at staten setter krav om antall helsepersonell i forhold til beboere og et minimumsantall sykepleiere på jobb.

Mine funn viser at sykepleiere er opptatt av at beboere på avdelingen der de jobber skal få bestemme i den grad dette er mulig. Leino-Kilpi mfl. (2003), Schopp mfl (2003), Scott mfl. (2003) støtter også mine funn da de fant at både sykepleiere og beboere på sykehjem følte at respekt for privatliv, autonomi og informert samtykke ble ivaretatt. Sørby mfl. (2011) sier også at eldre på sykehjem trives, og en stor andel av beboere beskriver at de bestemmer i hverdagen, noe jeg mener støtter mine funn. Dette er en liten studie som er gjort med lite utvalg av informanter. Men jeg mener å ha løftet beboers autonomi-begrepet fra personnivå, institusjonsnivå og til samfunnsnivå. Informantenes syn på autonomibegrepet har bidratt til at jeg har sett på dette i relasjon til omsorgsbegrepet. Autonomi blant sykehjemsbeboere er et stort tema som trenger et større fokus. Det trengs mere- og større forskning knyttet til hvordan beboers autonomi blir ivaretatt. Ved å se dette fra personalets, beboers og pårørendes perspektiv kan dette kanskje gi oss et mer realistisk bilde av deres erfaringer.

Løgstrups etiske fordring krever at sykepleieren skal ta vare på den gamle sykehjemsbeboeren og gi omsorg på en måte som ikke er krenkende for vedkommende. Det er opp til sykepleieren å få de gamle personene på sykehjemmet til å blomstre og leve et verdig liv sine siste dager, eller få dem til å visne og ende sine dager med fortvilelse og skam. Makten ligger i og hos den enkelte sykepleier og det er opp til den hvordan dette skal brukes.

• • •

Litteraturliste:

Agich, G. (2003): Dependence and Autonomy in old age. An ethical framework for long-term care. Cambridge university press.

Askautrud, M. (2006): Autonomi I sykehjem. En beskrivelse av avdelingssykepleiers møte med autonomiprinsippet i praksis. Master oppgave. Oslo. Universitetet i Oslo.

Askheim, O. P., Starrin B., Heyerdal C. (2007). Empowerment: i teori og praksis. Oslo, Gyldendal akademisk.

Beauchamp, T. L. og J. F. Childress (2013). Principles of biomedical ethics. New York, Oxford University Press.

Berg, G. V. (2007):. Å fremme den eldre sykehuspasientens helse i lys av et folkehelse- og et holistisk-eksistensielt sykepleieperspektiv. Göteborg, NHV.

Bergland, Å. (2006):. Trivsel i sykehjem. En kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv. Oslo: AiT e-dit AS

Bergland, Å. (2012): Hvilke faktorer kan bidra til trivsel i sykehjem. Fagskrift. Geriatrik Sykepleie Nr. 1 – 2012. Landsgruppen av Geriatrik sykepleie NSF.

Bergland, Å og Kirkevold M (2005):. Resident- Caregiver Relationships and Thriving among Nursing Home Residents. Research in Nursing & Health 28, 365-375.

Bergland, Å. Og Kirkevold M. (2006):. Thriving in nursing homes in Norway: Contributing aspects described by residents. International Journal of Nursing Studies 43, 681-691.

Bergland, Å Og Kirkevold, M. (2011): Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens? Forsking nr.1, 2011; 6: 14-25.

Bradshaw, S., Playford D. og Riazi, A. (2012): Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society. Age and Ageing 2012; 41: 429–440.

Brinchmann, B.S. (2008). Etikk i sykepleien. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Baardsen C. (2013): Samtlige 18 pasient ombud slår alarm om norske sykehjem. TV2 nyhetene 23.08.2013. Sist lest 15.04.2014
<http://www.tv2.no/nyheter/innenriks/samtlig-18-pasientombud-slaar-alarm-om-norske-sykehjem-4108557.html>

Christoffersen, S. A. (1999). Etikk, eksistens og modernitet: innføring i Løgstrups tenkning. [Oslo], Tano Aschehoug.

Dahlberg, K.: Dahlberg H og Nyström M. (2008): Reflective Lifeworld Research. Lund. Studentlitteratur.

Dalen, M. (2011): INTERVJU som forskningsmetode. – En kvalitativ tilnærming. Oslo Universitetsforlaget.

Dworkin, G. (1988). The Theory and Practice of Autonomy. Gambridge: University Press.

Dunbar, B., Sink, P., Bailey B., Starnes R. (2011): Ethical Perspectives of Sustaining Residents' Autonomy. A cultural Transformation Best Practice. Florida. Nurses ADM Q. Vol 35.nr. 2, PP. 126-133.

Eide, S. B., Grelland H. G., Kristiansen, A., Sævareid H. I. og Aasland D. G. (2005): For di vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk. Bergen: Fagbokforlaget

Engedal, K. (2008). Alderspsykiatri i praksis: lærebok. Tønsberg, Forl. Aldring og helse.

Engedal, K. og Haugen P.(2004): Demens: fakta og utfordringer: en lærebok. Sem, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Folkehelse Instituttet (2009): Eldres helse – fakta ark . publisert 05.01.2009 hentet fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0::0:0&MainLeft_5648=5544:65779::1:5647:16:::0:0 sist sett 17.12.12 kl2015

Fossland, T. og Thorson K.(2010):. Livshistorier i teori og praksis. Bergen: Fagbokforlaget.

Førde, R. (1995). Pasientautonomi : Nyttig eller utopisk prinsipp i klinisk praksis? Tidsskrift for Den Norske lægeforening 115 (20):2568-2570.

Garsjø, O. (2008):Institusjonssosiologi. Perspektiver på helse og omsorgsinstitusjoner. Oslo, Gyldendal akademiskforlag. 2. Utgave.

Goffman, E.(1967):. Anstalt og menneske: den totale institution sosialt sett. (København), Paludan.

Graneheim,U.H og Lundman, B (2004):. Qualitative content analysis in nur-sing research: consepts, procedures and measures to achieve trustworthi- ness. Nurse Education Today 24, 105 – 112.

Graneheim, U., Nordberg, A. og Jansson L. (2001):. Interaction relating to privacy, identity, autonomy and security. An observational study focusing on a woman with dementia and `behavioural disturbances`and on her care providers. Journal of Advanced Nursing, 36(2), 256- 265. Blackwell Science Ltd.

Granholt, G. Ø. (2007). Individuell hverdag i gruppe: skjermet enhet for personer med demens. Tønsberg, Forl. Aldring og helse.

Granskär, M. and B. Höglund-Nielsen (2008). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund, Studentlitteratur.

Hanssen, L. E. (2009): Plan for tilsyn med tjenester til eldre 2009 – 2012. Tilsyn med Helse - og sosial tjenester til eldre med sammensatte tjenestebehov. Internt arbedis dokument. Helsetilsynet.

Hauge, S.(2004). Jo mer vi er sammen, jo gladere vi blir? Ein feltmetodisk studie av sykeheim som Heim. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo.

Hauge, S., et al. (2008). Hjem: eldre og hjemlighet. Oslo, Cappelen akademisk forl.

Haukelien, H., et al. (2011). Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren. Bø, Telemarksforsking.

Heliker, D. (2006):. Transition of new residents. Basing practice of resident`s perspective. Journal of Gerontological Nursing, Vol. 32 NO 9: 34- 42

Heliker, D. (2009):. Enhancing relationships in long-term care through story sharing. Journal of Gerontological Nursing, Vol. 35, NO6.

Helsepersonelloven(1999): Lov om helsepersonell mv.av 2.juli 1999 nr. 64 (Sist endret 22.juli 2012). www.lovdata.no

Henriksen, J.-O. og A. J. Vetlesen (2006). Nærhet og distanse : grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker. Oslo, Gyldendal akademisk.

Hjelseth, T.(2010): Etikk i sykehjem. Hvordan møte hverdagens moralske utfordringer?
www.KS.no/etikk-kommune. Sist lest 30.04.14 kl 16.15

Hovdenes, Gørill Haugen (2002): Pleier-pasient-relasjonen i sykehjem- tilintetgjørelse eller virkeliggjørelse. Vård i Norden 2, 21-26

Jacobsen, F. F. (2005): Cultural discontinuity as an organizational resource: nursing in a Norwegian nursing home. Bergen, NLA-forl.

Jacobsen, D. (2010): Forståelse, Beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse og sosialfagene. Kristiansand. Høyskoleforlaget.

Jacobsen, M og Kristiansen S. (2005):Hverdagslivet. Sociologier om det upåagtede.
København. Hans reitzels forlag.

Jakobsen, R., Sørli, V.(2010): Dignity of older people in Nursing homes: Narratives of care providers. NursingEthics 17 (3). (289 – 300)

Karoliussen, M. (2011): Nightingales arv – ny forståelse.Sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M., et al. (2008): Geriatrisk sykepleie: godomsorg til den gamle pasienten. Oslo, Gyldendal akademisk.

Kitwood, T. (2006): En revurdering af Demens. 1 udgave. 3.opplag. Oversett av Nina Johnsen. Munksgaard. Danmark.

Kvale, S. (1997): Det kvalitative forskningsintervju. Sverige. Ad Notam Gyldendal AS

Kvale, S og Brinkmann, S.(2010): Det kvalitative forskningsintervju. 2.opplag. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS

Laake, K. (2003): Geriatr i praksis. Oslo, Gyldendal akademisk.Oslo: Universitetsforl.

Leino-kilpi,H, Vålímåki, M, Dassen T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P. A. mfl (2003): perceptions of autonomy, privacy and informed consent in the care of elderly people in five European countries: General overview. Nursing Ethics 10; 1: 18 – 27.

Leino-kilpi,H, Vålímåki, M, Dassen T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P. A. mfl (2003): perceptions of autonomy, privacy and informed consent in the care of elderly people in five European countries: Comparison and implications for the future. Nursing Ethics 10; 1: 58 – 66.

Løgstrup, K.E.(2010): Den etiske fordring. Århus, Klim

Malmedal, W. (2013): Inadequate care, abuse and neglect in Norwegian nursing homes. Trondheim, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Avhandling (ph.d.)

Malterud, K.(2008): Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 4.opplag Oslo. Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (1989): Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays. (Oslo), TANO.

Martinsen, K. (2005): Samtalen, skjønnhet og evidensen. Oslo, Akribe.

Martinsen, K. (1993). Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien. Oslo: Tano.

McCormack, B.(2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. Recserch paper. Journal of Nursing Practice 2003; 9: 202 – 209.

McCormack, B og McCance, T (2006). Development of a framework for person-centred nursing. Nursing theory and concept development or analys. Journal of Advanced Nursing. Volume 56. Issue 5. 472 – 479.

Melheim, B. og Hauge S. (2010).: Makt og motmakt i sykehjem. Refleksjoner over pasienters mulighet for maktutøvelse i sykehjem i lys av Michal Foucaults tankesett. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 2010; 12: 3, 28 - 36.

Meland, Eivind (2005).: Gjensidig respekt heller enn omsorgsfull godhet. Tidsskrift for Den norske lægeforening 24, 125:3442-3

Nakrem, S. (2011): Measuring quality of care in nursing homes – what matters? Doktor avhandling. NTNU Trondheim.

Natvig, R.-S. (2004). Sykepleieetikk. Oslo, Pensumtjeneste.1. utg. Oslo : Universitetsforlaget.

NOU 2004: 18 (2004):Personlig autonomi og sårbarhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2004/nou-2004-18/7/7.html?id=418739>

Norheim, A. (2006).: Pleiekulturens betydning for en profesjonell omsorg. I: Barbosa da Silva, A., et al. (2006).: Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid. Oslo, Gyldendal akademisk.

Nortvedt, P. (2008). Sykepleiens grunnlag. Historie, fag og etikk. Oslo: Universitetsforlaget.

NSF (2007): Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Nygaard, H.A. (2002):Sykehjemmet som medisinsk institusjon- Fatamorgana? Tidsskrift for den norske legeforening Nr.8 20.mars 2002.

Pasient- og brukerrettighetsloven(1999): lov om pasient- og brukerrettigheter av 2.juli 1999
nr. 63 www.lovdatab.no

Polit D. og Beck, C (2012):Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 9th Edition. Philadelphia Lippincott Williams and Wilkins (429- 440).

Richard, P. M.(1986): Goffman revisited. Relatives VS Administrators in nursing homes.
New York. QualitativeSociology 9(4) Winter 1986.

Rokstad, A.M.M (2006): ” Jeg vil ikke bli behandlet som en unge”. Etiske refleksjoner knyttet til behandling av personer med demens. 2.utgave. Tønsberg. Aldring og helse.

Ruyter, K.W. og Førde, R. og Solbakk, J.H. (2007). Medisinsk og helsefaglig etikk.
Oslo: Gyldendal Akademisk.

Russel, C. og Timmons S. (2009). Life story work and nursing residents with dementia.
Nursing older people. Vol. 21. No.4.

Røssland, A. (2001): Behov for hjelp, Mulighet til selvbestemmelse og Tilfredshet med Sykehjemmet. Hovedfagsoppgave. Universitetet i Bergen.

Schopp, A., Leino-kilpi,H, Vålímåki, M, Dassen T., Gasull, M., Lemonidou, C., mfl (2003): perceptions of privacy in the care of elderly people in five European countries: General overview. Nursing Ethics 10; 1: 39 – 47.

Schopp, A., Vålímåki, Leino-kilpi, H. M., Dassen T., Gasull, M., Lemonidou, C., mfl (2003): perceptions of informed consent in the care of elderly people in five European countries: General overview. Nursing Ethics 10; 1: 48 – 57.

Scott, P.A., Vålímåki, Leino-kilpi,H, M, Dassen T., Gasull, M., Lemonidou, C., mfl (2003): perceptions autonomy in the care of elderly people in five European countries: General overview. Nursing Ethics 10; 1: 48 – 57.

Solum, E.M., Slettebø, Å., Hauge, S. (2008): Prevention of Unethical Actions in Nursing Homes. *Nursing Ethics* 15, (536- 548).

Slagvold, B. (2006): Kvalitet og kontekst. I : Thorsen, K. and K. Wærness (2006). Blir omsorgen borte?: eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten. Oslo, Pensumtjeneste.

Slettebø, Å., Bunch, E.H (2004): Solving Ethically Difficult care situations in Nursing Homes. *Nursing Ethics* 11, (536- 552).

Slettebø, Å. (2006). "Empowerment in nursing homes: lessons for district nursing?" British Journal of community Nursing **11**(3): 4.

Slettebø, Å. (2004). Strebing mot pasientens beste. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Slettebø, Åshild. 2008.: Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård I Norden.* Puhl. No 87 Vol.28: 22-25.

Slettebø, Å. (2013).: Sykepleie og etikk. Oslo, Gyldendal akademisk. 1.utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997

Stang, I. (1998). Makt og bemyndigelse: om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor. Oslo, Universitetsforl.

Steensen, S. (2006).: Beboerne: en dokumentar om livet på Lille Tøyen sykehjem. Oslo, Spartacus.

St. melding. 25 (2005-2006): Mestring, muligheter og mening. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPD FS.pdf>

Stortingsmelding nr. 50 (1993-94). Samarbeid og styring: Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Sørbye, L. W., Grue E. W. og Vibe O. (2011).: Trives på sykehjem. Sykepleien. 99(08): 68-71

Teeri, S., Leino-Kilpi og Vålímåki (2006).: Longterm nursing care of elderly people: Identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. Nurs Ethics 2006 13: 116

Thagaard, T. (2013).: Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode. Bergen, Fagbokforl.1.utg.1998

Tjora, A.H. (2010).: Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo, Gyldendal akademisk.

Tranøy, K.E. (2005). Medisinsk etikk i vår tid. Bergen, Fagbokforlaget.

Tranøy, K. E. (1978). Fra filosofi til fysiologi: filosofi, naturvitenskap og biomedisinsk etikk - utvalgte tekster. Bergen, Universitetsforlaget.

Verdighetsgarantien (2010): Forskrift om verdig eldreomsorg av 12.september 2010. hentet fra <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/to-20101112-1426-0.html>

Wogn-Henriksen, K. (1997). "Siden blir det vel verre- ?": nærbilder av mennesker med aldersdemens : en undersøkelse av aldersdemente menneskers opplevelse av seg selv og sin situasjon. Sem, INFO-banken.

Vedlegg1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfages gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Anne Margrethe Støbeck
Institutt for helse- og omsorgsfag Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 16.10.2013

Vår ref: 35594 / 2 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.09.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>35594</i>	<i>Autonomi blant sykehjemsbeboere</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne Margrethe Støbeck</i>
<i>Student</i>	<i>Parabaran Rajalingam</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 12.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Parabaran Rajalingam skattøra 9130 HANSNES

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontoret / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uib.no

Vedlegg 2

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 35594

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Personvernombudet minner om at det ikke må framkomme opplysninger i intervjuene som kan identifisere 3. personer, f.eks sykehjemsbeboere.

Prosjektet skal avsluttes 12.06.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 3

Informasjon om deltakelse i forskningsprosjekt

«Autonomi blant sykehjemsbeboere»

Jeg er mastergradsstudent ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved Universitetet i Tromsø og skal skrive en masteroppgave om hvilke erfaringer sykepleiere har med autonomi blant beboere på sykehjem. Hensikten med studien er å undersøke forhold rundt autonomi blant sykehjemsbeboere sett fra sykepleiers ståsted. Sykepleieres refleksjoner, erfaringer og handlinger knyttet til møte med beboers autonomi på sykehjem i praksis vil være tema i intervjuet.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å få din forståelse av Autonomi hos sykehjemsbeboere. Fokus i studien er å finne ut om hvordan du som sykepleier med din kunnskap og erfaring opplever autonomi i samhandling med sykehjems beboere. Jeg er interessert i å høre om sykepleiernes erfaringer fra praksis med pasientenes mulighet for selv å bestemme over forhold i sin hverdag. Hvordan de løser utfordringene knyttet til beboers autonomi osv.

Jeg ønsker å gjennomføre et intervju med deg. Intervjuet vil bli gjennomført med lydopptak. Din deltagelse i dette prosjektet er helt frivillig og du kan når som helst trekke din deltagelse noe som innebærer at lyd og tekstmateriale blir slettet. Alle lydopptak vil bli slettet når mastergradsoppgaven er ferdig. Tekstmateriale vil bli behandlet som konfidensielt materiale. Innsamlede opplysninger vil bli anonymisert når det blir brukt i oppgaven.

Prosjektet er godkjent hos Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste A/S. Gjennomføringen av dette studiet skal også godkjennes av ledelsen ved sykehjemmet. Min veileder for studien ved Universitetet er universitetslektor Anne Margrethe Støback.

Dersom du har spørsmål til studien kan du kontakte meg direkte på mail, eller telefon.

Mail adresse:@post.uit.no Tlf:

Med vennlig hilsen

Mastergradsstudent: Parabaran Rajalingam

Vedlegg 4

Informert samtykke erklæring

Skriftlig informert samtykke om deltagelse i studien om: «autonomi blant sykehjemsbeboere»

Jeg er mastergradsstudent ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved Universitetet i Tromsø og skal skrive en masteroppgave om hva slags erfaringer sykepleiere har til autonomiprinsippet på sykehjem. Hensikten med studien er å undersøke forhold rundt autonomi blant sykehjemsbeboere sett fra sykepleiers ståsted. Sykepleieres refleksjoner, erfaringer og handlinger knyttet til møte med autonomiprinsippet i praksis vil være tema i intervjuet.

I den forbindelse vil jeg be om tillatelse til å intervju deg for å få kjennskap til dine erfaringer knyttet til nevnte tema. Intervjuet vil foregå på dagtid på din arbeidsplass, hvis du ikke ønsker noe annet. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd, hvis du tillater dette. Jeg vil ta notater underveis i intervjuet. Intervjuet vil vare i ca en time. Svarene dine vil bli anonymisert, og lydbåndene vil bli makulert når studien er ferdig.

Du kan trekke deg fra studien når du selv måtte ønske det, det vil ikke få noen konsekvenser for deg. Det er ingen risiko knyttet til deltagelse i studien. Det følger ikke noen direkte goder for deg å delta i studien, men jeg håper at du vil oppleve det som positivt at dine erfaringer kan bidra til økt kunnskap om et vanskelig tema.

Hvis du ønsker å delta i denne studien, ber jeg deg skrive under på dette dokumentet og sende det tilbake til meg i vedlagt konvolutt. Du vil få en kopi av dette i underskrevet form.

Med vennlig hilsen

Mastergradsstudent

Parabaran Rajalingam.

Samtykke erklæring.

Navn: (Navnet ditt)

Jeg samtykker i å delta i en studie om «autonomi blant sykehjemsbeboere». Min deltagelse går ut på at jeg blir intervjuet av mastergradsstudent Parabaran Rajalingam.

Sted

Dato

Underskrift

Vedlegg 5

Intervjuguide

Problemstilling: *Hva slags opplevelser og erfaringer har sykepleiere som jobber på sykehjem med fenomenet beboers autonomi i sin kliniske hverdag?*

Generelt om avdelingen: Kan du fortelle litt om avdelingen du jobber på?

Hvor mange beboere er det på din avdeling?

Hvordan er sammen setting av beboere? Er det forskjell på hvor mye de klarer selv?

Hvor mange er det på jobb hver vakt og Hvordan er sammensetningen av personalet?
ant. Spl ,hjpl og asisstenter

Hvem har ansvar for faglige ansvaret på avdelingen?

Hva er din rolle i avdelingen?

Hva legger du i begrepet autonomi/selvbestemmelse?

Mener du at det er viktig/ikke viktig for beboere på sykehjem å bestemme selv?

Hva med resten av personal gruppen på avdelingen? Mener de det samme?

Er ledelsen opptatt av bruker medvirkning/selvbestemmelse/beoers autonomi?

Har dere bruker undersøkelser? Kjenner du til resultat av undersøkelsene?

På hvilke områder vil du si at beboerne har muligheter til å bestemme selv på din avdeling?

Hvilke tiltak iverksettes for å fremme selvbestemmelse? – hva med daglige rutiner?

Hvordan samarbeider avdelingen med pårørende? Finnes det faste rutiner for dette?

Hvordan får beboerne vite at de har mulighet til å bestemme sin egen hverdag?

Hva vanskeliggjør at beboerne kan bestemme selv?

Har dere husmøte der beboere kan være med og fremme sine ønsker?

Opplever du at det er forskjell på hvordan forskjellige fag grupper forholder seg til beboernes rett til selvbestemmelse?

Hvordan vil du beskrive beboernes initiativ i dagliglivet?

Ber de om hjelp?

Gir de uttrykk for hva de ønsker? Og blir ønskene i møte kommet?

Er det situasjoner hvor du mener man må ta beslutninger for beboerne(gi eksempler)?

Er det mange av beboerne du må ta avgjørelse for?

Hva er årsaken til at du må ta bestemme på vegne av disse beboerne?

Er det forskjell på om du jobber i en liten kommune eller stor kommune med tanke på varetakelse av beboers autonomi?

Hva opplever du som de størst utfordringene knyttet til autonomi for beboerne på din avdeling? Bruk gjerne eksempler.

Takke og avslutte.

Går det bra med deg? Gikk det greit å bli intervjuet?

Tusen takk for at du ville være med i studien min.

...